Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Québec

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Rapport annuel de gestion 2013-2014

Adopté à la séance ordinaire
non publique du
conseil d'administration
du 25 septembre 2014

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.rrsss03.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000, poste 217 ou 521
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne les femmes et les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN : 978-2-89616-229-1 (version imprimée)
978-2-89616-230-7 (version électronique)

Cette publication a été déposée au Réseau Santécom.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Rapport annuel de gestion 2013-2014*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2014, 165 p. et annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

C'est avec grand plaisir que nous vous présentons le *Rapport annuel de gestion 2013-2014 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale*. La dernière année a été riche tant sur le plan des activités réalisées que par les orientations et les décisions qui ont été prises et qui auront des impacts significatifs et positifs sur l'organisation des soins et services de santé et sociaux dans la grande région de la Capitale-Nationale pour les années à venir.

Que l'on songe à la construction d'un nouveau complexe hospitalier sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec, au maintien des services à L'Hôtel-Dieu de Québec ou encore à la construction d'un nouvel hôpital à Baie-Saint-Paul, pour ne citer que quelques exemples, ces projets devenus essentiels permettront à la Capitale-Nationale de se distinguer et d'offrir une organisation de services répondant aux besoins d'aujourd'hui et de demain, au bénéfice de la population, mais aussi des personnes qui y travaillent.

L'année 2013-2014 a aussi fait l'objet de nombreuses discussions et réflexions avec les établissements portant sur l'équilibre budgétaire à maintenir dans la Capitale-Nationale. C'est d'ailleurs dans cette optique que la région est en mouvement constant afin de mettre de l'avant des projets d'optimisation ou de procéder à certains regroupements, dont les achats en commun, de manière à préserver les services à la population, mais aussi afin de permettre aux établissements de réaliser des économies d'échelle.

Vous trouverez, au cours des pages qui suivent, la reddition de comptes de l'Agence notamment au regard de ses engagements auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité, mais aussi celle découlant des autres mécanismes de suivi de gestion prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec les établissements de la Capitale-Nationale, à la Planification stratégique ministérielle et régionale ou encore au Plan d'action régional de santé publique. Sous l'angle des différents programmes, les actions réalisées sont détaillées et font foi de l'ampleur des travaux menés cette année. Il en va de même pour les activités réalisées dans les secteurs des ressources humaines ou des technologies de l'information.

Nous tenons également à souligner le travail des quelque 34 000 employés du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et des nombreux bénévoles qui s'investissent quotidiennement auprès de la clientèle pour offrir des services de très grande qualité à notre population, mais aux populations des autres régions du Québec qui ont recours à nos services spécialisés. Nous souhaitons également mettre en lumière la qualité et la quantité de travail réalisé par le personnel de l'Agence, permettant à l'organisation de jouer son rôle et d'assumer ses pleines responsabilités dans la gestion, l'organisation et la coordination des services sur le territoire de la Capitale-Nationale.

Nous remercions également les administrateurs des conseils d'administration qui ont à cœur la gestion du réseau de la santé et des services sociaux. Ceux-ci auront, au cours des mois à venir, des défis importants à relever et seront appelés à prendre les meilleures décisions qui s'imposent pour garantir à la population la préservation de l'accessibilité, la continuité et la qualité des services qui font la renommée de notre réseau et qui constitue la pierre angulaire de notre système de soins et services de santé au Québec.

Yves Blouin
Président du conseil d'administration

Guy Thibodeau
Président-directeur general

DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION DE L'AGENCE ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été faits afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, spécialement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2013-2014 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale* ainsi que les contrôles afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Guy Thibodeau
Président-directeur général

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES **9**

PRÉSENTATION DE L'AGENCE **11**

Mission 11
Plan d'organisation 12
Conseil d'administration 13
Comité de gouvernance et d'éthique 13
Comité de vérification 14
Comité de vigilance et de la qualité 14
Établissements publics et privés conventionnés 15
Établissements ayant une mission régionale 15
Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale 15
Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale 16
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 16
Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale 17
Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale 17
Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale 17
Ressources humaines de l'Agence 18
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés 18
Programme d'aide aux employés 23
Gestion des risques et de la qualité 23
Plan d'action pour l'intégration des personnes handicapées 24

ACTIVITÉS DE L'AGENCE **25**

Entente de gestion et d'imputabilité - Processus 25
Ressources humaines 26
Ententes de gestion - Résultats 26
Stratégie régionale de la main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre 31
Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux – Édition 2013-2014 33
Monitorage des services 33
Ententes de gestion - Résultats 33
Informatisation du réseau 33
Ententes de gestion - Résultats 33
Technocentre régional 34
Plan de gestion en ressources informationnelles 34
Informatisation 35
Dossier de santé du Québec 36
Dossier clinique informatisé 36
Réorganisation des laboratoires 37
Dossiers spécifiques 37
Ententes de gestion - Résultats 37
Relocalisation de la buanderie Partagec 38
Nouveau complexe hospitalier sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus 38
Hôpitaux de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie 39
Application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services 39

PROGRAMMES/SERVICES **41**
SANTÉ PUBLIQUE *41*
Ententes de gestion - Résultats 41
Plan d'action régional de santé publique 2009-2015 et Plan d'action stratégique 2011-2015 pour la mise en œuvre du Plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique 59
Suivi du rapport du directeur régional de santé publique sur la réduction des inégalités sociales de santé *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la Capitale-Nationale* 60
Rapport sur l'offre de loterie vidéo 60
Légionellose 60
Étude d'agrégat de cancer à Shannon 61
Contamination environnementale et la qualité de l'air dans l'arrondissement La Cité-Limoilou 61
Vaccination contre l'influenza 61
Programme québécois de dépistage du cancer du sein 61
SERVICES GÉNÉRAUX *62*
Ententes de gestion – Résultats 62
Services médicaux de première ligne et guichets d'accès 64
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES *65*
Ententes de gestion – Résultats 65
Modernisation de l'offre de service en hébergement et des mesures alternatives à l'hébergement (Plan de transformation pour l'hébergement) 69
Maltraitance envers les personnes aînées 69
Bilan général du programme d'évaluation et de coordination des admissions 69
Certification des résidences privées pour aînés 71
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, DÉFICIENCE PHYSIQUE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT *72*
Ententes de gestion – Résultats 72
JEUNES EN DIFFICULTÉS *75*
DÉPENDANCES *75*
Ententes de gestion – Résultats 75
SANTÉ MENTALE *77*
Ententes de gestion – Résultats 77
SANTÉ PHYSIQUE *81*
Ententes de gestion – Résultats 81
Programme de lutte contre le cancer 92
Programme de soins palliatifs 93
Projet de démonstration de la prise en charge de la phase hyperaiguë de l'accident vasculaire cérébral par l'entremise de la téléthrombolyse 93
Traumatologie dans Charlevoix 93
Services préhospitaliers d'urgence 2013-2014 93
Services de premiers répondants 94
Centre de communication santé des capitales 94
Sécurité civile 94
Prévention et gestion des maladies chroniques 95
DONNÉES FINANCIÈRES **97**
DONNÉES FINANCIÈRES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION ET AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE *97*
Budget net de fonctionnement des établissements 97
Ressources financières – Réseau 98
Suivi financier du réseau 100
Subventions aux organismes communautaires 108
Déclaration de fiabilité et approbation de l'Agence 110
Rapport de la direction 111

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés 112
État du suivi des réserves, des commentaires et des observations formulés par l'auditeur indépendant 114
États financiers cumulés - État cumulé des résultats 116
États financiers cumulés - État cumulé des surplus (déficits) cumulés 117
États financiers cumulés - État cumulé de la situation financière 118
États financiers cumulés - État cumulé de la variation des actifs financiers nets (dette nette) 119
États financiers cumulés - État cumulé des flux de trésorerie 120
Fonds d'exploitation 122
Fonds des activités régionalisées 123
Fonds d'immobilisations 124
Fonds d'exploitation 125
Fonds d'immobilisations - Fonds des activités régionalisées - Solde de fonds 126
Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées - Bilan 127
Fonds d'immobilisations - Bilan 128
Fonds affectés cumulés - Bilan 129
Fonds affectés cumulés - Résultats 130
Fonds affectés cumulés - Solde de fonds 131
État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 132
Notes aux états financiers 133

ANNEXE 147

Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale 149
Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale 150
Comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale 151
Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale 152
Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale 153
Cliniques-réseau Québec 154
Groupes de médecine de famille 155
Centres hospitaliers universitaires et instituts 155
Établissements offrant des services suprarégionaux 156
Plan régional des effectifs médicaux en spécialité 2014 156
Plans des effectifs médicaux en omnipratique 2014 dans la région de la Capitale-Nationale 158
Services de premiers répondants de la région de Québec 158
Services ambulanciers 159
Programme de soutien aux organismes communautaires 160

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

AAPA :	Approche adaptée à la personne âgée
AITC :	Architecture d'intégration technologique cible
ATI :	Approche territoriale intégrée
AVC :	Accident vasculaire cérébral
CAPVISH :	Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap
CAT :	Centre d'abandon du tabagisme
CCSC :	Centre de communication santé des capitales
CCVT :	Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique
CH :	Centre hospitalier
CHA :	Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUL :	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIR :	Commission infirmière régionale
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMuR :	Commission multidisciplinaire régionale
CNESM :	Centre national d'excellence en santé mentale
CRDP :	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDQ :	Centre de réadaptation en dépendance de Québec
CRQ :	Clinique-réseau Québec
CRSP :	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CTAQ :	Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec
DACD :	Diarrhées nosocomiales associées à Clostridium difficile
DAF :	Dossier d'affaires final
DCI :	Dossier clinique informatisé
DI :	Déficience intellectuelle
DLP :	Déficience du langage et de la parole
DME :	Dossier médical électronique
DP :	Déficience physique
DRAMUH :	Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières
DRMG :	Département régional de médecine générale
DSQ :	Dossier de santé du Québec
ENM :	Enquête nationale des ménages
ETC :	Équivalent temps complet
FDG :	Forum des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de la Région de la Capitale-Nationale
GAM :	Groupe Actions-médecins
GMF :	Groupe de médecine de famille
HEJ :	Hôpital de l'Enfant-Jésus
HSFA :	Hôpital Saint-François d'Assise
HSS :	Hôpital du Saint-Sacrement
IAB :	Initiative Amis des bébés
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
IPS :	Infirmière praticienne spécialisée
IRDPQ :	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IT :	Infrastructure technologique
ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IUCPQ :	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
IUSMQ :	Institut universitaire en santé mentale de Québec
L'HDQ :	L'Hôtel-Dieu de Québec
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
OLO :	Œuf, lait, jus d'orange
PACT :	Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté
PAL :	Plan d'action local
PAR :	Plan d'action régional
PARI :	Programmation annuelle des projets et des activités en ressources informationnelles
PAR-SP :	Plan d'action régional de santé publique
PCFI :	Plan de conservation et de fonctionnalités immobilières
PCN :	Préparation commerciale pour nourrisson
PCP :	Pratiques cliniques préventives
PEM :	Plan des effectifs médicaux
PEMU :	Plan des effectifs médicaux universitaires
PFT :	Programme fonctionnel et technique
PNSP :	Plan national de santé publique
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein

PREM :	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC :	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTG :	Prothèse totale du genou
PTH :	Prothèse totale de la hanche
PTPARI :	Planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI :	Ressource intermédiaire
RNI :	Ressource non institutionnelle
RPA :	Résidence privée pour aînés
RQC :	Registre québécois du cancer
RREGOP :	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF :	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE :	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSIPA :	Réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
RTF :	Ressource de type familial
SAD :	Soutien à domicile
SAPA :	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARDM :	Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments
SBF-R :	Système budgétaire financier régional
SGII :	Service de la gestion intégrée de l'information
SIC-TO :	Système d'information clinique - trajectoire en oncologie
SIDEP :	Service intégré de dépistage et de prévention
SIM :	Suivi intensif dans le milieu
SISPUQ :	Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec
TAP :	Technicien ambulancier paramédic
TDM :	Tomodensitométrie
TED :	Trouble envahissant du développement
TIBD :	Traitement intensif bref à domicile
TRCDMS :	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
UMF :	Unité de médecine familiale

PRÉSENTATION DE L'AGENCE

MISSION

L'Agence est responsable de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Capitale-Nationale. Elle a été créée afin d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région et d'allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires. L'Agence doit s'assurer que les usagers reçoivent une prestation de services de santé et de services sociaux sécuritaire, faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi.

L'Agence doit aussi :

- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des personnes, des familles et des groupes;
- évaluer l'état de santé et le bien-être de la population;
- déceler les besoins et définir l'offre de service sur le territoire;
- s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau;
- voir au respect des droits des usagers;
- évaluer la performance du réseau de la Capitale-Nationale;
- rendre compte de l'incidence des interventions sur la santé et le bien-être de la population;
- soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès d'eux pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population;
- concevoir des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapter à leurs particularités;
- prévoir des moyens d'informer la population sur les services régionaux et connaître la satisfaction des usagers concernant ces services.

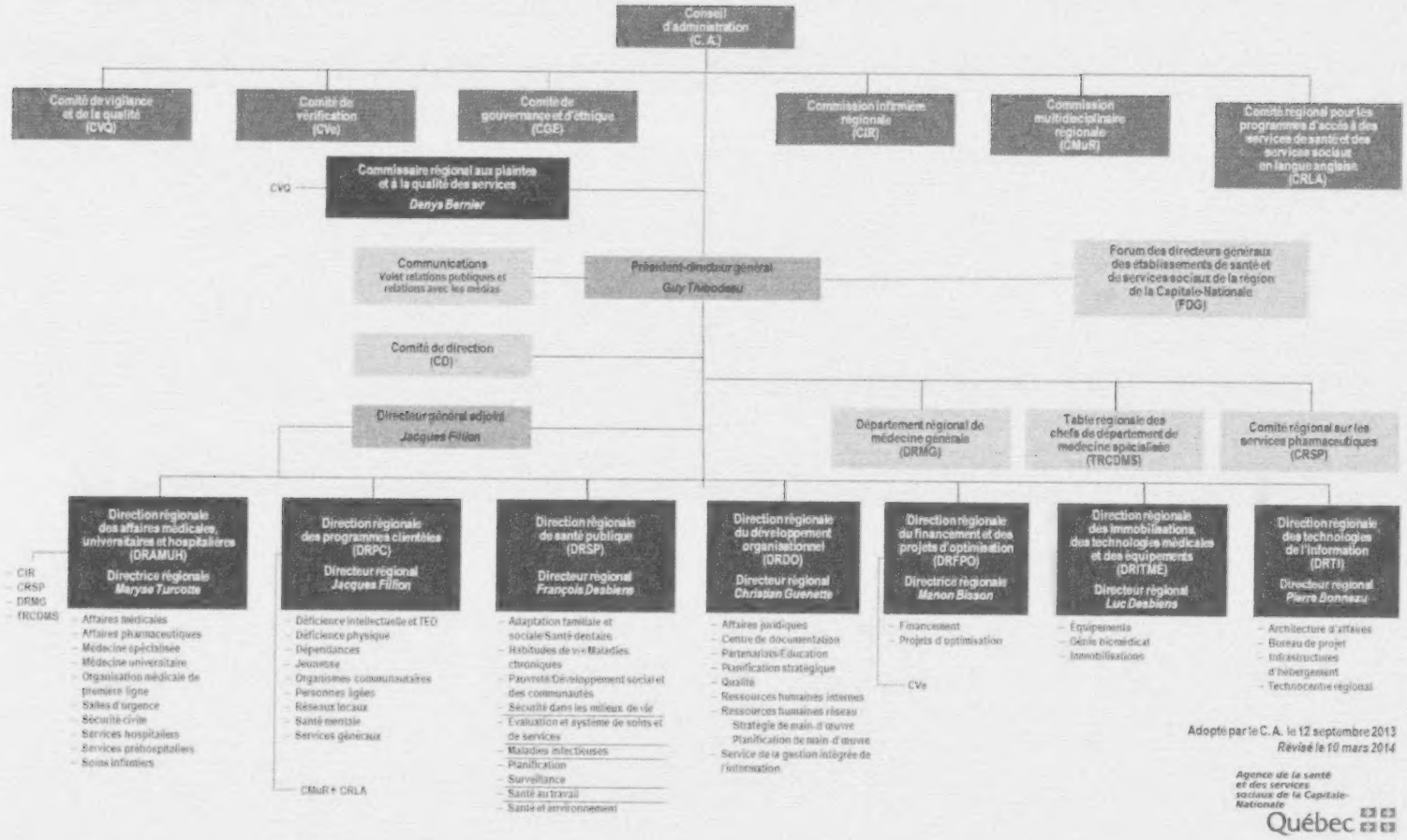
L'Agence couvre un territoire d'une superficie de 18 643 kilomètres carrés, soit la grande région de la Capitale-Nationale, y compris Charlevoix et Portneuf, qui comprennent 69 municipalités et 724 382 personnes en 2014. L'Agence couvre également tout l'est de la province pour les soins et les services hospitaliers surspécialisés, ce qui a pour effet de porter son bassin de clientèle à plus de 1 800 000 personnes. Elle doit donc s'assurer du bon fonctionnement des corridors de services entre la région de la Capitale-Nationale et celles de l'Est-du-Québec et du Nord-du-Québec, pour certaines spécialités.

Source : ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire.

PLAN D'ORGANISATION

Le plan d'organisation

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE



Adopté par le C. A. le 12 septembre 2013
Révisé le 10 mars 2014

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Québec

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au cours de la dernière année, les membres du conseil d'administration ont tenu trois séances extraordinaires et six séances ordinaires. Deux départs ont eu lieu en juin 2013 et un remplacement a eu lieu en janvier 2014.

Membre	Représentativité
Bédard, Patricia	Comités des usagers des établissements
Blouin, Yves, président du conseil d'administration	Membre indépendant
Duchesne, Ulysse	Membre indépendant
Garnier, Bernard	Université Laval
Jean-Fortier, Christine	Milieu syndical
Lamontagne, Daniel	Département régional de médecine générale
Lemieux, Sylvie, vice-présidente du conseil d'administration	Membre indépendante
Lepage, Éric	Comité régional sur les services pharmaceutiques
Parenteau, Nathalie	Membre indépendante
Perreault, Isabelle	Commission infirmière régionale
Solomykina, Svetlana	Membre indépendante
Thibodeau, Guy, secrétaire du conseil d'administration	Président-directeur général de l'Agence
Trottier, Sylvie	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
Vacant	Commission multidisciplinaire régionale
Vacant	Organismes communautaires

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Les membres du comité se sont réunis à deux reprises. Le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

1° des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'Agence;

2° un code d'éthique et de déontologie, conformément à l'article 304 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* applicable aux membres du conseil d'administration;

3° des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration, avec le souci de cerner les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;

4° des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;

5° un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

Membre	Représentativité
Bédard, Patricia	Comité des usagers des établissements
Blouin, Yves, président du conseil d'administration	Membre indépendant
Lemieux, Sylvie	Membre indépendante
Solomykina, Svetlana	Membre indépendante
Thibodeau, Guy, secrétaire du conseil d'administration	Président-directeur général de l'Agence

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Le comité de vérification s'est réuni à six reprises aux fins suivantes :

1° de s'assurer qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'Agence est mis en place et en assurer le suivi;

2° de s'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'Agence;

3° de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'Agence portée à sa connaissance;

4° d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;

5° de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;

6° de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces.

Membre	Représentativité
Jean-Fortier, Christine, membre substitut	Membre indépendante
Lemieux, Sylvie, présidente du comité de vérification	Membre indépendante
Parenteau, Nathalie	Membre indépendante

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Les membres du comité se sont réunis à trois reprises. Le comité de vérification doit :

1° recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou par le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux;

2° établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe 3;

3° faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers et aux autres utilisateurs de services;

4° assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites en application du paragraphe 3;

5° exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié en vertu du premier alinéa;

6° veiller à ce que le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

Membre	Représentativité
Bédard, Patricia	Comité des usagers des établissements
Bernier, Denys	Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
Thibodeau, Guy, Secrétaire du conseil d'administration	Président-directeur général de l'Agence

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mission	Nombre	Total
Établissements publics		12
▪ Centres de santé et de services sociaux (CSSS)	4	
▪ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation	1	
▪ Centres de réadaptation	3	
▪ Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	1	
▪ Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	2	
▪ Centre hospitalier de soins psychiatriques	1	
Établissements privés		14
▪ Établissements privés conventionnés		7
▪ Établissement privé conventionné spécifique		1
▪ Établissements privés non conventionnés		6
Total global		26

ÉTABLISSEMENTS AYANT UNE MISSION RÉGIONALE

Sociaux

- Centre jeunesse de Québec (CJQ)
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDIQ)
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)
- Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ)

Centres hospitaliers (CH)

- Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)
- CHU de Québec
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

La Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale (CIR) a tenu six rencontres ordinaires au cours de l'année 2013-2014 où la contribution des effectifs en soins infirmiers au continuum et à l'accessibilité des services offerts aux personnes âgées a été traitée comme sujet prioritaire.

En 2013-2014, la CIR a émis les deux avis suivants ayant fait l'objet de consultations particulières auprès des instances concernées :

- Avis de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale sur la contribution des effectifs en soins infirmiers au continuum et à l'accessibilité des services en santé mentale – Juin 2013;
- Avis de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale sur le projet d'assurance autonomie – Novembre 2013.

COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) de la Capitale-Nationale a tenu, au cours de l'année 2013-2014, cinq rencontres ordinaires et deux rencontres en sous-comité de travail. Malgré le remplacement de plusieurs membres en cours d'année, il importe de souligner le dynamisme et l'implication active et exemplaire des participants dans l'actualisation de leur mandat.

Parmi les sujets discutés, nous soulignons notamment :

- Le suivi de l'implantation des mesures découlant de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines;
- Les échanges sur le *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2012* produit par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP);
- La participation au groupe de travail sur la bonification des ressources dans les groupes de médecine familiale (GMF). La mise en place de ce groupe de travail faisait suite à l'annonce du ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, le docteur Réjean Hébert, d'ajouter des ressources professionnelles dans les GMF afin d'améliorer les services de première ligne;
- L'élaboration d'une procédure de consultation lors d'une demande de représentation par un membre de la CMuR;
- La préparation d'un avis portant sur les inégalités sociales en santé à la suite de la présentation du rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012 : *Comprendre et agir autrement – Pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Cet avis a été déposé au conseil d'administration de l'Agence en juin 2014;
- La préparation d'un avis portant sur la collaboration interprofessionnelle à la suite d'une présentation de M. Serge Dumont, directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux. Cet avis a été déposé au conseil d'administration de l'Agence en juin 2014;
- Les discussions portant sur l'offre de service en services généraux de la région de la Capitale-Nationale;
- Les échanges concernant le portrait de la main-d'œuvre dans la région de la Capitale-Nationale.

TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

En 2013-2014, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale (TRCDMS) a tenu quatre séances ordinaires ainsi qu'une assemblée générale annuelle. L'offre de service aux clientèles atteintes de maladies chroniques, le programme régional Alliance dédié aux grands utilisateurs de services ainsi que les trajectoires de liaison pour une demande de consultation en médecine spécialisée y ont été abordés. Plusieurs dossiers d'importance ont été traités, dont le dossier du nouveau complexe hospitalier sur le site de

l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) du CHU de Québec, la démarche de réorganisation des services en oto-rhino-laryngologie, l'organisation de la cardiologie ainsi que le projet d'acquisition de lasers spécifiques pour la clientèle pédiatrique au Centre mère-enfant Soleil.

Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale

L'adoption du *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région de la Capitale-Nationale 2012-2015* a nécessité la création d'un nouveau comité régional mandaté pour sa mise en œuvre.

À cet effet, le processus nécessaire à la formalisation du comité a été réalisé et les 12 membres du comité régional travaillent à l'actualisation des orientations retenues dans le programme.

Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale

Au cours de l'année 2013-2014, ce comité a émis des avis, formulé des recommandations et transmis des commentaires sur les sujets suivants :

- Le Dossier de santé du Québec (DSQ), notamment la demande d'accès aux données des résultats d'examens de laboratoire pour les pharmaciens du milieu communautaire et le suivi des lacunes soulevées dans les données du DSQ en 2012;
- Le Dossier clinique informatisé (Dossier clinique informatisé);
- La standardisation d'un formulaire de demande de profil pharmacologique par les établissements de santé de la région auprès des pharmaciens du milieu communautaire en continuité des travaux du sous-comité sur le Bilan comparatif des médicaments et démarches afin que les aspects légaux et opérationnels soient rencontrés;
- L'élaboration de deux ordonnances collectives régionales, l'une en collaboration avec la DRSP et l'autre en collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG);
- Le projet de la mise en place d'un répertoire centralisé des ordonnances collectives en vigueur sur le territoire de la région de la Capitale-Nationale.

Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale

En 2013-2014, le DRMG s'est réuni à neuf reprises pour prendre position, pour assurer la poursuite des travaux en cours et pour formuler des recommandations au président-directeur général de l'Agence dans plusieurs dossiers. La gestion des plans des effectifs médicaux (PEM) et la gestion des activités médicales particulières, l'analyse de la situation des effectifs médicaux, ainsi que la consolidation des services médicaux de première ligne, plus spécifiquement en ce qui a trait au renouvellement des GMF et des cliniques-réseau Québec (CRQ) de la région de la Capitale-Nationale, constituent les principaux dossiers abordés au cours de la dernière année.

RESSOURCES HUMAINES DE L'AGENCE

Effectifs de l'Agence	Exercice en cours	Exercice antérieur
Cadres (en date du 31 mars 2014)		
▪ Temps complet ▪ (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	27	29
▪ Temps partiel ▪ Nombre de personnes : équivalents temps complet (ETC) ▪ (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1	2
▪ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers (en date du 31 mars 2014)		
▪ Temps complet ▪ (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	183	186
▪ Temps partiel ▪ Nombre de personnes : ETC ▪ (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	35	32
▪ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Ensemble du personnel (exercice 2013-2014)		
▪ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	449 423	457 654
▪ ETC	246	250

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, DES PARTENAIRES, DES GESTIONNAIRES ET DES EMPLOYÉS

Destiné aux administrateurs, aux partenaires, aux gestionnaires et aux employés de l'Agence, le Code d'éthique et de déontologie décrit ci-dessous est une version actualisée du document adopté et publié en septembre 1994.

Dans le cadre de sa mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés de coordination des services et de leur accès, l'Agence doit pouvoir compter sur la conscience individuelle et professionnelle des personnes mentionnées ci-dessus en vue d'assurer le maintien et l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.

En conséquence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés sont des acteurs de premier plan des services de l'organisme.

Responsables devant la loi, en considération des ressources publiques qui sont confiées à l'Agence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés de cette dernière se doivent, en ce sens, d'adopter une conduite qui témoigne de leur dévouement au service public et qui soit empreinte d'une éthique élevée.

Le présent document n'a pas la prétention de réglementer les actions quotidiennes de tout un chacun, mais plutôt de faire appel au sens des responsabilités et au jugement des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés. Il revient à chacun, dans sa conduite professionnelle, d'avoir comme préoccupation constante le respect des obligations déontologiques de l'Agence et d'adhérer aux principes éthiques définis dans ce code.

Les obligations et les principes définis dans le présent code s'ajoutent à ceux établis par la loi, par un règlement ou par un autre code applicable. En cas de divergence, les obligations et les principes les plus exigeants s'appliquent.

I PRINCIPES ÉTHIQUES

1 **Principes éthiques :** les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés adhèrent aux principes suivants :

1.1 **Impartialité** : ils ne doivent manifester aucune préférence ni parti pris indu incompatible avec la justice et l'équité et ne faire montre d'aucun préjugé lié au sexe, à la race, à la couleur, à la religion, à un handicap ou aux convictions politiques d'une personne ou d'un groupe de personnes.

1.2 **Loyauté** : ils adhèrent de bonne foi aux principes démocratiques de notre société et, en conséquence, respectent les lois qui les régissent. Ils doivent également défendre les intérêts de l'Agence, avec probité, droiture et honnêteté.

1.3 **Respect** : ils doivent agir avec courtoisie, considération et égard envers les autres, tant dans leurs paroles que dans leurs attitudes, et ils doivent également faire preuve de respect envers l'Agence durant leur mandat et après la fin de ce dernier.

II OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

2 **Administrateurs :** les membres du conseil d'administration de l'Agence, y compris le président-directeur général, contribuent à la réalisation de la mission de l'État, à la bonne administration de ses biens, et sont les gardiens des décisions démocratiques.

2.1 **Information** : l'administrateur a le devoir d'agir avec rigueur et, à cette fin, de s'informer des dossiers soumis à son attention et de communiquer à ses collègues l'information pertinente.

2.2 **Discrétion** : l'administrateur doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la Politique administrative relative à la sécurité des actifs informationnels et de télécommunication et à la protection des données et des renseignements confidentiels de l'Agence. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particuliers de le consulter ni de lui communiquer des renseignements, sauf si l'information est confidentielle en vertu de la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

2.3 **Prudence et diligence** : l'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence et diligence dans ses fonctions, comme le ferait une personne raisonnable, selon ses connaissances et ses responsabilités.

2.4 **Honnêteté** : l'administrateur doit faire preuve de probité et de droiture. Il ne doit en aucun cas se placer en situation d'abus de confiance, de corruption ou de tentative de corruption ou en toute autre situation à caractère frauduleux qui risquerait d'entacher son mandat et ses fonctions à l'Agence. Il doit s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec les membres du conseil d'administration, les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

2.5 **Absence de conflit d'intérêts** : l'administrateur ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'administrateur ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence.

Par conséquent, l'administrateur :

- doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions;
- doit révéler à l'Agence tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans un organisme, une entreprise ou une association, susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'Agence, et préciser, le cas échéant, leur nature et leur valeur;
- doit, s'il n'est pas à temps plein et s'il a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence, révéler par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision mettant en cause l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote sur cette question;
- ne peut, s'il est à temps plein, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence; toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui est échu par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

2.6 **Acceptation d'avantages et rémunération** : l'administrateur ne peut accepter aucun cadeau, aucune marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable à l'État de l'avantage reçu.

2.7 **Service public** : l'administrateur a été nommé pour contribuer à la réalisation de la mission de l'État en santé et en services sociaux, en vue du mieux-être de la population et des citoyens; le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit, et il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.8 **Après-mandat** : l'administrateur doit, après la fin de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou, selon le cas, de ses responsabilités, ou des deux à la fois.

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer, outre les éléments visés au précédent alinéa, une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non accessible au public concernant l'Agence pour laquelle il a travaillé, ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence pour laquelle il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non accessible au public.

3 **Partenaires** : les membres des conseils et des comités de l'Agence, de la Commission infirmière régionale, de la Commission multidisciplinaire régionale, du Département régional de médecine générale, de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, du Comité régional sur les services pharmaceutiques, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et du Forum de la population.

3.1 **Service public** : le partenaire s'engage, sur le plan intellectuel aussi bien que moral, à traiter avec la rigueur voulue les dossiers qui sont soumis à son expertise ou, selon le cas, dont il est chargé en vue du mieux-être de la population.

3.2 **Discrétion** : le partenaire doit respecter le caractère confidentiel des informations obtenues dans l'exercice de ses responsabilités, notamment en vertu de l'application de la Politique administrative visée à l'article 2.2, de même que de celles qui seraient susceptibles de nuire à l'intérêt public ou de porter atteinte à la vie privée des citoyens. De plus, le partenaire doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui pourraient nuire à l'Agence.

3.3 **Honnêteté** : le partenaire ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, une information qu'il détient.

3.4 **Conflits de rôles** : le partenaire doit prévenir tout conflit de rôles et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.

4 **Gestionnaires :** les cadres supérieurs, les directeurs et les cadres intermédiaires de l'Agence assistent les administrateurs dans la réalisation de leurs mandats et voient à l'administration quotidienne des activités de l'Agence.

4.1 Les gestionnaires sont soumis, avec les adaptations nécessaires, aux mêmes obligations que celles applicables aux administrateurs et définies aux articles 2.1 à 2.8 du présent code, sous réserve de celle en matière de conflit d'intérêts énoncée dans la présente section.

Outre les obligations définies au précédent alinéa, le gestionnaire à temps plein doit exercer ses fonctions de manière exclusive, sauf si l'autorité qui l'a nommé l'affecte aussi à d'autres fonctions. Il peut toutefois, avec le consentement du président-directeur général, exercer des activités didactiques pour lesquelles il peut être rémunéré et des activités non rémunérées dans les organismes sans but lucratif. Autrement, le gestionnaire n'a droit, pour l'exercice de ses fonctions, qu'à la seule rémunération liée à celles-ci.

4.2 **Absence de conflit d'intérêts** : le gestionnaire ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions et il doit éviter de se placer dans une situation de conflit telle que décrite à l'article 2.5 entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions.

5 **Employés :** les employés de l'Agence sont exclusivement au service de cette dernière lorsqu'ils rendent des services à la population. Ils sont tenus, de par leurs fonctions, d'agir avec compétence et assiduité eu égard au service public qu'ils doivent rendre avec courtoisie, diligence et discrétion.

5.1 **Information** : l'employé doit donner à ses supérieurs toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée et doit assurer le traitement de l'information avec toute la rigueur requise. De plus, il est tenu de donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il a le droit d'obtenir en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1).

5.2 **Compétence** : l'employé doit accomplir les tâches liées à son emploi de façon compétente, c'est-à-dire rendre les services demandés d'une manière appropriée, suffisante et satisfaisante pour la clientèle et utiliser les moyens à sa disposition pour développer son expertise.

5.3 **Assiduité** : l'employé doit être présent au travail, accomplir sa tâche, respecter l'horaire de travail et ne pas s'absenter sans justification ni autorisation préalable.

5.4 **Service public** : l'employé doit adopter un comportement poli et courtois dans ses relations avec le public et éviter toute forme de discrimination interdite par la loi. En outre, il doit traiter avec empressement les dossiers qui lui sont confiés et qui touchent directement le public.

5.5 **Discrétion** : l'employé doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la politique administrative visée à l'article 2.2. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

5.6 **Absence de conflit d'intérêts** : l'employé ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'employé ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence. Un employé ne peut donc pas « avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions ».

Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, l'employé doit en informer ses supérieurs afin que soient déterminées les mesures qui devront être prises à cet égard.

5.7 **Exclusivité du service** : l'employé doit adopter une grande réserve dans l'exercice de toute fonction extérieure à l'Agence dans le champ de compétence de l'emploi occupé.

L'employé doit s'assurer que cette activité extérieure n'aura pas d'effet sur son rendement, sur son assiduité, sur ses obligations à titre d'employé de l'Agence, et ne donnera pas lieu à un conflit avec ses fonctions à l'Agence.

5.8 **Honnêteté** : l'employé ne doit accepter aucune somme d'argent ou toute autre forme de considération pour l'exercice de ses fonctions, autre que la rémunération et les avantages liés à son emploi.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

III MODALITÉS D'APPLICATION DU CODE

6 Les personnes chargées de l'application du code

6.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code par le président-directeur général et les autres administrateurs de l'Agence.

6.2 Le président-directeur général a la responsabilité de s'assurer du respect du présent code par les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

IV PROCÉDURE DISCIPLINAIRE ET SANCTION

7 Administrateurs et gestionnaires

7.1 La procédure disciplinaire et les sanctions applicables aux administrateurs sont celles définies dans le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

7.2 Le président-directeur général est l'autorité compétente pour agir à l'égard d'un gestionnaire.

7.3 Le gestionnaire à qui l'on reproche un manquement à la déontologie ou à l'éthique peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, par le président-directeur général afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

7.4 L'autorité compétente fait part au gestionnaire en cause du manquement reproché ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

7.5 Sur conclusion que le gestionnaire a contrevenu au présent code, le président-directeur général lui impose une sanction.

Le président-directeur général impose toute sanction qu'il juge appropriée suivant les circonstances.

Toute sanction imposée à un gestionnaire, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

7.6 Les sanctions imposées par le président-directeur général en vertu de l'article 7.5 peuvent prendre la forme d'une réprimande, d'une suspension ou d'un congédiement.

8 **Partenaires et employés**

8.1 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent aux partenaires, avec les adaptations nécessaires. Toutefois, une sanction autre que la réprimande doit être approuvée préalablement par l'Agence.

8.2 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent à l'employé, avec les adaptations nécessaires et sous réserve, le cas échéant, des dispositions de la convention collective qui le régissent.

PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS

Au cours de l'année 2013-2014, dans un souci d'optimisation des ressources, l'Agence a participé à l'appel d'offres régional afin de se doter d'un programme d'aide unique pour l'ensemble de la région. C'est la firme Homewood Solutions Humaines qui a obtenu le contrat ayant débuté le 1er avril 2013.

Cette année, le programme d'aide aux employés a reçu 48 demandes. Ce nombre représente un taux d'utilisation des services de 17,14 %, comparativement à 14,3 %, en 2012-2013 (40 demandes).

Cette année, on note une diminution des motifs de consultation liés au travail. Sans prétendre qu'il s'agisse d'une cause directe, l'Agence a mis en place, dans certains secteurs d'activité, des interventions de groupe visant à favoriser des dynamiques de travail positives. Nous observons que les demandes se rapportent majoritairement à des aspects de la vie personnelle.

Période	Aspect de la vie personnelle	Aspects liés au travail
2008-2009	67 %	33 %
2009-2010	78 %	23 %
2010-2011	80 %	20 %
2011-2012	77 %	23 %
2012-2013	68 %	33 %
2013-2014	91 %	9 %

GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Le Comité régional sur la qualité, mis en place par l'Agence depuis 2004 et composé des gestionnaires de risques des établissements publics et privés du territoire de la Capitale-Nationale, a dû réduire son niveau d'activité en raison d'une réorganisation interne à la suite du départ de la personne responsable.

Par ailleurs, parmi les activités réalisées, il y a lieu de mentionner notamment celles de la refonte du formulaire AH-223 ainsi que la formation continue des gestionnaires de risques offerte par le Ministère.

PLAN D'ACTION POUR L'INTÉGRATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Le 15 décembre 2005, le conseil d'administration de l'Agence a adopté, conformément à la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale* (RLRQ, c. E-20.1), un plan d'action pour l'intégration des personnes handicapées.

Depuis, chacun des plans d'action réalisés a été le fruit de réflexions et de travaux effectués par les ressources internes de l'Agence avec le soutien de l'Office des personnes handicapées du Québec ainsi qu'avec la participation de l'Association des personnes utilisatrices de services en santé mentale de la région de Québec. De plus, un bilan annuel est fait au conseil d'administration de l'Agence afin d'assurer le suivi des réalisations du plan d'action.

Le *Plan d'action pour l'intégration des personnes handicapées 2011-2014*, lequel a été déposé au conseil d'administration le 14 novembre 2013, comprenait plusieurs réalisations qui touchaient l'accessibilité et l'adaptation universelle des lieux physiques, majoritairement au site D'Estimauville, ainsi que l'accessibilité des communications.

Le comité travaille actuellement à l'élaboration de son quatrième plan d'action, (2014-2017), dont les actions s'articulent autour de quatre grandes catégories préalablement identifiées dans le cadre des plans d'action antérieurs, soit :

1. Accessibilité et adaptation universelles
2. Accueil et moyens de communication
3. Sensibilisation et formation du personnel
4. Intégration et maintien en emploi

Cette année, le comité a choisi de donner priorité aux catégories « Accueil et moyens de communication » ainsi que « Sensibilisation et formation du personnel » lors de la réalisation de son plan d'action. L'Agence poursuit ainsi ses efforts afin de favoriser l'intégration des personnes handicapées au sein de son environnement.

ACTIVITÉS DE L'AGENCE

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ - PROCESSUS

Les ententes de gestion entre le Ministère et l'Agence, de même qu'entre l'Agence et les établissements publics de son réseau, répondent aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes issus de la *Loi sur l'administration publique* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces ententes visent à apprécier l'évolution globale de la production de services du réseau qui résulte de la mise en œuvre des grandes orientations du Ministère et du réseau de la Capitale-Nationale.

En 2013-2014, la reddition de comptes des ententes de gestion du Ministère avec l'Agence et de l'Agence avec son réseau d'établissements comporte trois catégories de résultats :

- Les résultats associés aux priorités identifiées par les directions générales du Ministère pour la région de la Capitale-Nationale : *Programme québécois de dépistage du cancer colorectal* (PQDCCR); approvisionnement en commun; évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés; projets d'optimisation; soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA); accès aux services spécialisés.
- Les résultats associés aux indicateurs de la *Planification stratégique 2010-2015* du Ministère.

Les résultats pour ces deux premiers volets proviennent du Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). Les données entre parenthèses présentent les corrections apportées par l'Agence faisant suite à une compilation plus conforme aux réalités régionales[1].

- Les résultats associés à la planification régionale, laquelle comporte deux volets.

  D'une part, la *Planification stratégique en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015*, dont le *Plan d'action régional 2013-2014* vient préciser les moyens pour répondre aux orientations nationales et pour respecter les engagements régionaux.

  D'autre part l'*Annexe de santé publique*, qui comprend des résultats complémentaires attendus en lien avec les domaines et activités prévus au *Plan d'action régional de santé publique 2009-2015*.

Le bilan annuel des ententes de gestion et d'imputabilité est également l'occasion de présenter des informations explicatives sur les résultats, et particulièrement les engagements qui ne sont pas atteints. L'année financière terminée, une collecte d'informations est réalisée auprès de chaque établissement afin qu'il transmette à l'Agence une confirmation des tendances observées, les raisons expliquant la non-atteinte des cibles et les mesures prévues pour corriger la situation. L'outil de collecte est accessible aux établissements sur le portail Web du Service de la gestion intégrée de l'information (SGII) de l'Agence. Une synthèse régionale par secteur

1. Par exemple, celles incluant l'Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's. Cet établissement exerce des activités dévolues aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour la clientèle anglophone de la région, mais la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) l'exclut de son traitement puisqu'il n'est pas reconnu en tant que tel par le Ministère. L'Agence corrige également les résultats en utilisant des données plus récentes issues de la banque régionale I-CLSC ou en compensant des erreurs ou des absences de transmission dans GESTRED.

d'activité est ensuite réalisée à l'Agence et consignée dans le même outil. Les informations sont conservées de manière à pouvoir référer, au besoin, à un historique des explications.

L'ensemble des résultats de la reddition de comptes est classé par programme/service. Les informations de la reddition de comptes relatives aux ententes de gestion se trouvent donc au début de chaque section du rapport annuel, selon chaque programme/service.

RESSOURCES HUMAINES

Ententes de gestion - Résultats

Priorités régionales de la Capitale-Nationale
(ministère de la Santé et des Services sociaux)

Direction générale :	**Personnel réseau et ministériel**	
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
Processus de coordination lié aux projets d'optimisation	Tableau présentant les éléments suivants : ▪ Stratégie de coordination régionale ou interrégionale ▪ Analyse des besoins et attentes des établissements de sa région ▪ Objectifs régionaux et livrables visés pour 2013-2015 ▪ Cartographie des projets de la région ▪ Présentation de l'utilisation des sommes versées par le Ministère ▪ Présentation des investissements régionaux	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Processus de coordination lié aux projets d'optimisation

À la fin de la période 13, il appert que l'engagement relié au processus de coordination des projets d'optimisation est réalisé.

Le cadre de référence *Mesures de soutien en matière de coordination des projets d'amélioration de la performance* a été adopté en novembre 2013 par le Forum des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale (FDG). Dès son adoption, une lettre a été transmise à tous les établissements, dans laquelle étaient indiquées les dates de tombée pour soumettre des projets d'amélioration de la performance ainsi que les coordonnées d'une personne-ressource dédiée à la coordination des projets d'amélioration de la performance.

Tous les établissements de la région sont engagés activement dans la réflexion et l'évolution des projets visant l'amélioration de la performance. La mise en place du Comité d'évaluation des projets d'amélioration de la performance favorisant une structure matricielle au sein de l'Agence pour évaluer les projets, ainsi que l'existence du Comité régional d'amélioration de la performance reflète cet engagement régional. Un suivi régulier est effectué auprès du FDG

quant à la sélection, la validation, le suivi et l'évaluation des projets d'amélioration de la performance.

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
Objectifs de résultats	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail
	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
Heures supplémentaires			
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4,30	4,08	3,86
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,68	2,42	2,51
Main-d'œuvre indépendante			
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	1,37	1,36	0,91
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	2,34	2,03	1,39
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	3,22	3,07	1,99
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,00	0,04	0,00
Plan de main-d'œuvre			
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100	100	100***
Révision des processus de soins et de services			
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100	100	100***

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

** Résultats en date du 28 mai 2014, système TBIG, Ministère

*** Résultats en date du 20 mai 2014, Agence

Heures supplémentaires

3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 3,86 % des heures travaillées au-delà des heures régulières par les infirmières, soit 0,22 point de pourcentage de moins que l'engagement fixé à 4,08 %. Une amélioration relative de 10,2 % par rapport à 2012-2013. Les CSSS de Portneuf, de la Vieille-Capitale, de Charlevoix et l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's n'atteignent pas l'objectif.

3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 2,51 % des heures travaillées au-delà des heures régulières par l'ensemble du personnel du réseau, incluant les infirmières, soit 0,09 point de pourcentage de plus que l'engagement fixé à 2,42 %. Il s'agit toutefois d'une amélioration relative de 6,34 % par rapport à 2012-2013. Le CSSS de Québec-Nord, l'IUCPQ et l'IUSMQ atteignent leur objectif.

Les stratégies en lien avec les heures supplémentaires et le recours à la main-d'œuvre indépendante sont interreliées. En effet, les établissements qui travaillent sur les stratégies de réduction de la main-d'œuvre indépendante peuvent, de façon transitoire, influencer les heures supplémentaires. De plus, il importe de préciser que plus le taux d'heures supplémentaires est élevé, plus les stratégies sont susceptibles d'avoir des effets importants et peuvent faire évoluer le taux à la baisse. Ainsi, lorsque les taux sont relativement bas, l'impact des actions entreprises visant leur réduction se fait peu sentir.

Comme la cible 2015 est déjà atteinte, il importe de comprendre que l'engagement régional 2013-2014 était inférieur à l'objectif ministériel prévu pour 2015.

Chaque établissement est investi dans le développement et l'actualisation de stratégies qui devraient contribuer à réduire le taux d'heures supplémentaires, par exemple, par le développement de listes de rappel régional.

3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 0,91 % des heures travaillées par des infirmières provenant des agences privées, soit 0,45 en point de pourcentage de moins que l'engagement de 1,36 %. Il s'agit d'une amélioration relative de 33,6 % par rapport à 2012-2013. Les CSSS de Vieille-Capitale et de Charlevoix n'atteignent pas leur engagement.

3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale des heures travaillées par des infirmières auxiliaires provenant des agences privées a atteint 1,39 %, soit 0,64 point de pourcentage de moins que l'engagement fixé à 2,03 %. Il s'agit d'une amélioration significative de 40,6 % (valeur relative) par rapport à 2012-2013. Le CSSS de Portneuf et l'IUSMQ n'atteignent pas leur objectif.

3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 1,99 % des heures travaillées par des préposés aux bénéficiaires provenant

d'agences privées, soit 1,08 point de pourcentage de moins que l'engagement fixé à 3,07 %. Il s'agit d'une amélioration relative de 38,2 % par rapport à 2012-2013. Le CSSS de Portneuf et l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's n'atteignent pas leur objectif.

3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes

Le résultat de la période 13 indique l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 0,00 % des heures travaillées par des inhalothérapeutes provenant d'agences privées. Aucun établissement de la région n'a recours à ce type de main-d'œuvre indépendante.

Plan de main-d'œuvre

3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre

À l'évaluation de la situation à la période 13, tous les établissements de la région de la Capitale-Nationale ont mis à jour leur plan de main-d'œuvre. Les établissements privés conventionnés de la région ont également fait l'exercice.

Révision des processus de soins et de services

3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

À la période 13, les résultats obtenus indiquent que 100 % des établissements ont réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail à la fin de l'année en cours.

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	**Rétention et mieux-être au travail**
Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs	**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,71	5,57	5,95***
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	80 (8/10)	100	88,8 (8/9)
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	7,7 (1/13)	33	8,3 (1/12)
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	53,8 (7/13)	100	100 (12/12)

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013 ** Résultats en date du 20 mai 2014, Agence *** Résultats en date du 28 mai 2014, système TBIG, Ministère

3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte considérable de l'engagement. La performance régionale a atteint 5,95 % des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées par l'ensemble des effectifs du réseau, soit 0,38 en point de pourcentage de plus que l'engagement fixé à 5,57 %. Il s'agit d'une détérioration relative de 4,2 % par rapport aux résultats 2012-2013. Trois établissements atteignent l'engagement, le CSSS de Charlevoix, l'IRDPQ et le CRDIQ.

Nous avons entrepris une démarche régionale, en étroite collaboration avec les établissements, visant une analyse systémique de l'assurance salaire en lien avec différents indicateurs en ressources humaines. Effectivement, le ratio en assurance salaire peut être une cause, mais aussi un effet par rapport à d'autres dimensions et indicateurs en ressources humaines. Pour notre région, la presque totalité des processus de gestion médicoadministrative des établissements est efficiente. Pour cette raison, l'analyse d'autres indicateurs en ressources humaines tels que le climat de travail, la qualité de la gestion, l'organisation et la charge du travail est nécessaire.

À la fin de l'année, le Ministère a effectué une analyse des cibles et a modifié la méthode de calcul et celle-ci sera appliquée en 2014-2015. Cette nouvelle méthode tient compte de la mission de l'établissement et d'un certain nombre de caractéristiques individuelles.

Plusieurs établissements ont amorcé ces derniers mois des projets d'organisation du travail susceptibles d'influencer les taux d'assurance salaire. Les résultats sont à venir et l'Agence les accompagne dans cette démarche.

3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat

À l'évaluation de la situation à la période 13, 88,8 % des établissements de la région (8/9) ont complété la mise en œuvre d'un programme de soutien à la relève professionnelle. Seul l'IRDPQ n'a pas amorcé la mise en place du programme de préceptorat. Ce dernier considère qu'il a un volume insuffisant pour justifier la mise en place du programme de préceptorat à court terme. Son programme d'orientation et de suivi de probation interne est très bien structuré et répond adéquatement aux besoins. L'établissement n'envisage pas d'adhérer au programme en 2014-2015.

3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail

À l'évaluation de la situation à la période 13, seul le CJQ (1/12) est accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail dans la région de la Capitale-Nationale. Notons qu'en 2013-2014 l'Agence demandait aux autres établissements de la région de s'engager dans le processus.

Il s'agit d'un processus qui s'échelonne sur plusieurs années et qui nécessite un engagement concerté de toutes les instances de l'établissement. Il faut d'abord s'assurer que tous les éléments contributifs des organisations travaillent de manière coordonnée, mais cela ne se décrète pas. À cette étape, les établissements sont pour la plupart engagés dans la réflexion qui est nécessaire à l'atteinte de l'objectif demandé. La création du CHU de Québec retarde la poursuite des travaux.

3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines

À l'évaluation de la situation à la période 13, l'ensemble des établissements de la région a obtenu l'agrément selon les standards ministériels.

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014

Ressources humaines et pratiques de gestion

Sujets	Résultats 2013-2014
Objectif 5.4 Développer le partenariat avec l'Éducation	
R-5.4.1 Mettre à jour et poursuivre la campagne *Sauve des vies*	Atteint
R-5.4.2 Poursuivre le développement de l'emploi étudiant et des programmes d'externat pour les étudiants inscrits dans les programmes de santé et de services sociaux – 416 étudiants	724
R-5.4.3B Soutenir l'inscription dans les programmes prioritaires – développement de places de stages	Atteint

R-5.4.1A Une campagne révisée annuellement

Au terme de la période 13, la mise à jour de la campagne *Sauve des vies* a été réalisée et ses actions ont été déployées pour l'ensemble des établissements de la région de la Capitale-Nationale. Depuis plusieurs années, les établissements s'y engagent en majorité.

R-5.4.2A Nombre d'étudiants inscrits dans les programmes santé et services sociaux employés dans le réseau - accroître de 10 % annuellement d'ici 2015 (hausse de 2 % annuellement, pour répondre à la cible révisée en fonction de l'impact du projet de loi n° 100)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. Ainsi, le nombre d'étudiants inscrits dans les programmes santé et services sociaux employés dans le réseau représente près du double de l'engagement.

L'IRDPQ n'a pas embauché d'étudiant pour la période estivale 2013-2014 puisque les besoins d'embauche étaient moindres que prévu.

R-5.4.3B Augmentation du nombre de places de stage - dans un premier temps participation - deuxième temps : Dégager les marges de manœuvre nécessaires au développement de places de stages

À l'évaluation de la situation à la période 13, l'engagement d'augmenter le nombre de places de stage et de dégager les marges de main-d'œuvre nécessaires au développement de places de stage dans la région de la Capitale-Nationale est atteint.

Stratégie régionale de la main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre

Campagne de promotion des carrières en santé et services sociaux

Encore cette année, l'un des éléments de la stratégie régionale de main-d'œuvre a consisté à travailler sur la valorisation des métiers en santé et services sociaux. C'est ainsi que, pour une sixième année, une campagne promotionnelle a été réalisée afin d'interpeller les jeunes. Celle-ci a été accompagnée de différentes actions publiques tout au long de l'année scolaire.

En écho à ces moyens, le site Internet Sauvedesvies.com a connu, encore cette année, une augmentation de sa fréquentation (55 %) pendant la période visée par la campagne, en franchissant le cap des 75 000 visites sur le site. Fait à noter, l'une des publicités de la campagne de 2013 s'est mérité un prix lors du concours CRÉA.

Enseignement, stages et qualité de la formation initiale

Les travaux menés dans le cadre du projet sur les stages en soins infirmiers ont permis d'améliorer la capacité d'accueil des stagiaires au sein du réseau de la santé et des services sociaux et ainsi de soutenir les inscriptions dans les programmes du domaine des soins infirmiers. D'ailleurs, à la suite d'une évaluation approfondie, 11 des 14 projets pilotes réalisés de l'automne 2012 à l'automne 2013 seront poursuivis.

Toujours afin de contribuer à l'amélioration de la formation initiale et au développement d'une culture de l'enseignement, deux projets sont en cours entre les directions de l'enseignement et les trois ordres d'enseignement du réseau de l'éducation. L'un visant à évaluer l'expérience de stage vécue au sein du réseau de la santé et des services sociaux et l'autre à développer les compétences à la supervision d'étudiants.

Projets d'amélioration de la performance

Depuis le mois de novembre 2013, tous les établissements de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale ont eu l'occasion de soumettre des demandes de soutien et d'accompagnement dans le cadre des projets d'amélioration de la performance. À ce jour, 36 projets ont été proposés et, de ce nombre, 23 projets seront soutenus financièrement. Ces projets permettront des améliorations sur les plans suivants : budgétaire, soins et services, développement des expertises ou pérennité des ressources humaines. Afin d'optimiser leurs retombées positives, ils seront partagés régionalement, entre autres par le Comité régional de suivi des projets d'amélioration de la performance.

De plus, dans le cadre des projets d'organisation du travail découlant des comités paritaires du Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, 32 projets répartis en deux phases de lancement ont été soutenus financièrement. Ces projets sont répertoriés en quatre catégories distinctes selon leurs visées et répartis comme suit :

- 19 projets liés à la réduction de la main-d'œuvre indépendante et des heures supplémentaires;
- Trois projets liés aux établissements desservant une clientèle ayant des troubles graves de comportement;
- Un projet lié au contexte de pharmacie;
- Cinq projets liés à la catégorie IV incluant les volets psychosocial et réadaptation;
- Quatre projets en centre d'hébergement de soins de longue durée incluant les volets développement de compétences, accueil, intégration et organisation du travail.

Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux – Édition 2013-2014

En 2012-2013, cinq candidatures ont été soumises au jury national. Parmi celles-ci, l'organisme La Boussole a reçu une mention d'honneur lors de la remise des Prix d'excellence en octobre 2013.

Pour l'année 2013-2014, quatre candidatures ont été soumises au jury national. La remise des Prix d'excellence – Édition 2013-2014 ayant lieu en octobre 2014, les lauréats seront connus après cette date.

Monitorage des services

Ententes de gestion - Résultats

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014	
Innovation, performance et évaluation	
Sujets	**Résultats 2013-2014**
Objectif 4.3 Utiliser les leviers du monitorage et de l'évaluation	
R-4.3.3 Développer et rendre accessible le monitorage du portrait général des services	Atteint

R-4.3.3 Développer et rendre accessible le monitorage du portrait général des services

Au 31 mars 2014, le résultat visé concernant le développement du module « portrait général » du projet monitorage général des services est considéré comme atteint. Les statistiques associées à ce module sont disponibles dans le portail du SGII, ainsi que deux autres modules sur les services (SAPA et santé physique) et les statistiques de population.

Cet objectif s'inscrit dans le projet du monitorage général des populations et des soins et services mené par le SGII de l'Agence. Le module « Tous programmes » permet une analyse générale sur dix ans des services visant l'ensemble de la population, sans distinction de clientèles. Ainsi, près de 300 indicateurs distincts ont été calculés et intégrés dans l'application. Les indicateurs à développer concernent principalement l'analyse de la performance, au nombre de quelques dizaines.

Informatisation du réseau

Ententes de gestion - Résultats

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014	
Services de première ligne	
Sujets	**Résultats 2013-2014**
Objectif 2.11 Réaliser des actions prioritaires au partage de l'information clinique et à la collaboration interdisciplinaire R-2.11.1 Déploiement du volet médicament et laboratoire du DSQ complété pour les sites cliniques visés	Non atteint

R-2.11.1 Déploiement du volet médicament et laboratoire du DSQ complété pour les sites cliniques visés

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que le résultat n'est pas atteint, mais que l'engagement est réalisé en partie.

Le déploiement aurait dû être plus avancé dans certains établissements. L'intégration du DSQ dans Cristal-Net s'est réalisée plus tard. Certains établissements attendent cette intégration pour amorcer le déploiement.

L'utilisation du dispositif de sécurité DSQ (clé USB) amène une lourdeur dans l'utilisation du DSQ, ce qui a pour effet de ralentir le déploiement.

En 2014-2015, les établissements seront relancés afin d'obtenir leur plan de déploiement pour la prochaine année. Le domaine médicament DSQ sera prochainement intégré à Cristal-Net.

Technocentre régional

En 2013-2014, le Technocentre de la région de la Capitale-Nationale (TCR) a investi des efforts importants dans la réalisation de nouveaux dossiers et la finalisation de projets initiés en 2012-2013 :

- finalisation et mise en service du DCI ambulatoire pour six établissements de la région : le CSSS de Charlevoix, le CSSS de Portneuf, le CSSS de Québec-Nord, le CSSS de la Vieille-Capitale, l'IRDPQ et l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's;
- transfert des infrastructures du DSQ vers la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- installation et mise en service d'un nouvel environnement de stockage;
- révision de l'infrastructure UNIX permettant d'accroître la capacité de virtualisation;
- mise en service d'une infrastructure sans fil à l'Agence.

Le TCR a aussi mis à niveau plusieurs infrastructures technologiques en :

- optimisant l'environnement physique de la salle des serveurs;
- poursuivant la virtualisation des serveurs qui est maintenant achevée à 78 %;
- augmentant la performance du réseau entre les serveurs en introduisant une technologie de réseau convergeant d'une vitesse de 10 Gbps;
- gérant le parc d'impression de l'Agence.

Outre les projets mentionnés ci-dessus, les ressources du TCR ont également répondu à 10 207 requêtes de service.

Plan de gestion en ressources informationnelles

En 2013-2014, les établissements de la région et l'Agence ont reçu leur premier avis du Ministère concernant leur planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI) 2013-2016. En regard de la programmation annuelle des projets et des activités en ressources informationnelles (PARI) 2013-2014, le Ministère a approuvé les projets qui respectaient les ententes de gestion et d'imputabilité et le moratoire ministériel.

Les établissements et l'Agence ont également produit leur planification triennale des années 2014 à 2017 ainsi que leur programmation annuelle 2014-2015 en prenant en considération les orientations émises par le Ministère. L'Agence a émis des avis sur ces planifications en fonction de la pertinence des projets tout en tenant compte des possibilités de mise en commun, de partage et de réutilisation au niveau régional. Ces nouvelles planifications ont été déposées pour approbation au Dirigeant réseau de l'information du Ministère.

Informatisation

Sur le plan du développement et de l'implantation des solutions visant à augmenter l'efficacité des cliniciens, l'Agence s'est impliquée dans la direction et l'accompagnement de trois dossiers importants, soit le déploiement du DME dans les GMF et les unités de médecine familiale (UMF), le choix d'une solution pour la gestion électronique des formulaires ainsi que sur la conception de la plateforme d'échange d'information régionale.

Dossier médical électronique

Le projet de déploiement du DME régional permettra d'augmenter significativement l'informatisation des GMF-UMF du CSSS de la Vieille-Capitale et du CSSS de Québec-Nord. Ce dossier qui chemine depuis quelques années a franchi une étape importante avec la préparation d'un devis par une équipe de médecins et le lancement d'un appel d'offres pour acquérir une solution commerciale homologuée par le Ministère. La solution sera déployée dans sept GMF-UMF impliquant la participation directe de 143 médecins, 130 résidents et 158 infirmières et intervenants.

Formulaires

Les CSSS de la région, avec le soutien de l'Agence, ont examiné la problématique de la gestion des formulaires cliniques de première ligne. La démarche de consultation et d'analyse réalisée par l'Agence a permis d'établir un consensus sur l'opportunité d'investir dans une solution régionale qui s'appuiera sur les acquis, dont les outils de gestion de formulaires et de gestion de documents de l'environnement Cristal-Net. La prochaine étape, qui est déjà démarrée, porte sur la normalisation des formulaires, ce qui permettra d'en réduire le nombre et d'en faciliter l'informatisation dans les CSSS. À terme, cette solution permettra d'accélérer la circulation de l'information entre les intervenants ainsi que d'éliminer une grande partie du papier et des efforts liés à sa manipulation.

Plateforme d'échange d'information régionale

La plateforme d'échange d'information régionale est une initiative stratégique qui permettra de maximiser les retombées associées à des échanges d'informations cliniques interétablissements. L'Agence, à titre de maître d'œuvre, a obtenu l'autorisation du Ministère de réaliser un dossier d'affaires qui précisera la nature de la solution et son coût. La plateforme d'échange d'information régionale permettra aux médecins et aux intervenants de traiter efficacement les demandes de consultation et d'avoir accès au parcours des usagers. La solution s'appuiera sur les investissements réalisés dans l'environnement Cristal-Net.

Projets de l'Architecture d'intégration technologique cible

En 2013-2014, l'Agence, en collaboration avec les établissements, a travaillé à la réalisation de plusieurs projets de portée régionale visant le partage et la mise en commun des infrastructures

technologiques (IT). Les travaux ont notamment porté sur la mise en place d'activités de consolidation des IT (deux sites d'hébergement retenus pour regrouper les IT de la région) ainsi que sur les activités de normalisation (mise en place de standards régionaux facilitant l'intégration future des systèmes).

De plus, l'Agence et les établissements ont convenu d'une stratégie régionale de déploiement des grands chantiers d'optimisation et de mise à niveau de l'IT en conformité avec les orientations de l'architecture d'intégration technologique cible (AITC) du Ministère. Chacun des projets lancés en 2013-2014 est ainsi considéré comme une opportunité de regroupement permettant une meilleure utilisation des ressources, par exemple :

- le projet de gestion du parc des postes de travail a mis en place une équipe régionale composée des meilleurs spécialistes de la région pour développer une expertise de haute qualité, de partager et rendre disponibles les IT et les applications virtualisées à tous les établissements, contribuant ainsi à de meilleurs résultats à des coûts moindres. La date cible du déploiement est septembre 2014;
- le projet de mise à niveaux *Lotus Notes* (volet courrier électronique) a mis sur pied une équipe de représentants de chacune des missions d'établissements de la région. Les efforts sont partagés et une expertise a été développée au bénéfice de tous. L'approche de mise à niveau a été élaborée et partagée avec les établissements. Le déploiement du projet devrait se terminer en juin 2015.

Dossier de santé du Québec

Le déploiement provincial du DSQ a d'abord été fait dans quatre régions, dont celle de la Capitale-Nationale. En juin 2013, une campagne d'information a été menée au Québec afin de permettre le déploiement progressif du DSQ dans toutes les autres régions. Cet événement a eu un effet mobilisateur auprès des cliniciens.

Au 31 mars 2014, le DSQ est déployé dans notre région pour ce qui est de 154 pharmacies sur 192, de 26 sur 29 GMF, et de 12 sur 35 cliniques privées. En établissement, le déploiement est à géométrie variable; certains ont terminé et d'autres le réaliseront dans la prochaine année. Actuellement, le DSQ est déployé dans cinq urgences sur 13, dans 14 centres locaux de services communautaires (CLSC) sur 24 ainsi qu'en pharmacies et en consultations externes. Le DSQ compte plus de 2 300 utilisateurs, médecins, infirmières, pharmaciens, etc. La cible ministérielle pour notre région est de 3 572.

Dossier clinique informatisé

Dans le cadre du projet DCI ambulatoire, le DCI Cristal-Net est déployé au 31 mars 2014 dans six des huit établissements prévus au projet (CHU de Québec, IUCPQ, CSSS de Charlevoix, IRDPQ, CSSS de Portneuf et Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's). L'utilisation clinique est en cours pour quatre de ces établissements. Les premiers commentaires des cliniciens sont positifs.

Les derniers ajustements permettront le début d'utilisation clinique dans les deux autres établissements et la fin du déploiement.

L'intégration du domaine médicament DSQ au DCI Cristal-Net a été réalisée. La phase de certification avec la RAMQ impliquant l'utilisation clinique a été atteinte avec succès. Au bénéfice des cliniciens, le déploiement de cette fonctionnalité pourra s'amorcer au cours de la prochaine année.

Les travaux se poursuivent pour l'intégration des domaines laboratoire et imagerie médicale du DSQ.

Réorganisation des laboratoires

Tel qu'énoncé dans les orientations du Ministère (OPTILAB), le projet de réorganisation des services de laboratoire au niveau régional est maintenant dans les dernières phases de mise en œuvre. Le dépôt par le Ministère du modèle de grappe de services en biologie médicale confirme l'orientation préconisée par la région de la Capitale-Nationale lors de son organisation basée sur deux grands laboratoires serveurs desservant chacun un corridor défini du territoire de la région. Ces deux grands laboratoires complémentaires sont localisés au CHU de Québec (Hôpital de l'Enfant-Jésus et Centre hospitalier de l'Université Laval). La mise en ligne prochaine d'un nouveau système d'information des laboratoires dans la région permettra aux équipes régionales de parfaire le modèle d'organisation régionale. En effet, le nouveau système permettra de gérer les analyses de laboratoire en mode multisite, ce qui permettra de compléter la centralisation et l'optimisation des menus d'analyses dans les laboratoires locaux. Cette démarche permettra de faire des économies importantes sans diminuer le service à la population, et ce, en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

DOSSIERS SPÉCIFIQUES

Ententes de gestion - Résultats

Priorités régionales de la Capitale-Nationale (Ministère)

Direction générale (Ministère) :	**Coordination, financement, immobilisations et budget**	
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
Approvisionnement en commun	Entente de gestion et d'imputabilité signée	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés.	Offre d'évaluation à 100 % des réfugiés arrivés en 2013-2014	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Approvisionnement en commun

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que l'engagement relié à l'approvisionnement en commun est atteint. L'entente de gestion et d'imputabilité avec le centre d'approvisionnement en commun desservant la région de la Capitale-Nationale a été signée le 19 août 2013.

Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés

L'engagement relié à l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés arrivés est atteint en 2013-2014. Un autre formulaire de reddition de comptes a été acheminé à la Direction des programmes clientèles par la Direction générale adjointe à la coordination et aux ententes de gestion du Ministère, pour valider le nombre d'évaluations du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés réalisé.

Relocalisation de la buanderie Partagec

Depuis 1966, la région de la Capitale-Nationale s'est dotée d'une organisation de services de buanderie centralisée pour desservir les établissements de santé sur son territoire. Ce regroupement a permis, à l'époque et encore aujourd'hui, d'assurer un service au coût le plus bas possible, de regrouper l'expertise, d'éviter des investissements majeurs en équipement dans chacune des installations et de libérer des espaces dans les établissements de la région.

Le projet de construction autofinancé de la nouvelle buanderie Partagec inc. permettra de regrouper et de relocaliser les deux installations actuelles situées sur les sites de l'HEJ et de l'IUSMQ. Cette relocalisation permettra, entre autres, au CHU de Québec de poursuivre son développement clinique et immobilier et surtout permettra l'amélioration des opérations et la réduction des coûts d'exploitation des activités de buanderie, au bénéfice des établissements de la région.

Depuis l'autorisation de conception du projet émise le 22 mars 2013, Partagec inc., avec l'aide des établissements de la région, de l'Agence et du Ministère, réalise les plans et devis préliminaires de la nouvelle buanderie en vue d'obtenir l'autorisation d'exécution du projet en 2014-2015.

Nouveau complexe hospitalier sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus

Le 26 septembre 2013, le gouvernement du Québec annonçait la construction d'un nouveau complexe hospitalier du CHU de Québec sur le site de l'HEJ afin de regrouper sur un même site toutes les activités cliniques, d'enseignement et de recherche de L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ) et de l'HEJ. L'investissement de 1,7 G$ permettra la construction de nouveaux bâtiments ainsi que le réaménagement d'espaces existants de l'HEJ. Dès 2019, un nouveau centre de radio-oncologie ouvrira ses portes sur le site de l'HEJ. Au terme des travaux en 2025, le nouveau complexe hospitalier comptera notamment près de 740 lits, une trentaine de salles d'opération, une majorité de chambres individuelles, une nouvelle hôtellerie hospitalière et un centre de neuroscience.

Le gouvernement du Québec a également annoncé un projet pour la réutilisation des bâtiments actuels de L'HDQ. Ce projet a été élaboré par l'Agence, en collaboration avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, de la Société immobilière du Québec, de l'Université Laval et de la Ville de Québec. La réutilisation des bâtiments de L'HDQ prévoit une urgence 24/7, une UMF, 150 lits de moyen et long séjours, le regroupement des organismes en santé publique et en santé des populations ainsi que le transfert de certains services administratifs du CHU de Québec.

Le comité directeur du projet, composé de représentants du Ministère, de l'Agence, du CHU de Québec et de la Société québécoise des infrastructures, a été mis en place en décembre 2013 pour s'assurer du respect des paramètres du projet. Ce comité a piloté l'élaboration d'un dossier d'orientation pour les projets du nouveau complexe hospitalier et de la réutilisation des locaux actuels de L'HDQ. Ce dossier d'orientation, complété en février 2014, visait l'autorisation du Conseil des ministres pour réaliser la prochaine étape de la *Directive sur la gestion des projets majeurs d'infrastructure publique*, soit l'élaboration d'un dossier d'opportunité.

Hôpitaux de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie

Le 23 avril 2013, le ministre de la Santé et des Services sociaux autorisait l'élaboration du dossier d'affaires final (DAF) pour la construction du nouvel hôpital de Baie-Saint-Paul, le réaménagement du Centre d'hébergement Pierre-Dupré et la démolition de l'hôpital actuel. La livraison du DAF a eu lieu en février 2014, soit quelques mois avant la date de livraison prévue à l'échéancier de référence.

Le budget global des trois composantes du projet est évalué à 376 M$. Ce montant inclut également les enveloppes budgétaires pour les contingences, les risques, les frais de gestion et l'indexation. Le nouvel hôpital comptera, entre autres, 103 lits d'hébergement et de soins de longue durée, deux salles d'opération, 47 lits de soins de courte durée et huit civières à l'urgence.

Au cours de l'année 2013-2014, une équipe de professionnels a été embauchée afin de réaliser le devis de performance du nouvel hôpital. Ce devis de performance, d'un niveau d'avancement comparable à des plans et devis préliminaires, permettra aux quatre firmes sélectionnées en avril 2014 d'élaborer leur proposition pour la construction du nouvel hôpital. La meilleure proposition sera choisie par un comité de sélection selon plusieurs critères, dont la qualité et le coût. La firme sélectionnée devrait être connue au printemps 2015.

Au moment de l'annonce d'avril 2013 pour le nouvel hôpital de Baie-Saint-Paul, le gouvernement du Québec mentionnait l'importance de poursuivre les analyses pour le nouvel hôpital de La Malbaie. À cet effet, l'Agence a demandé au CSSS de Charlevoix de réaliser des analyses supplémentaires concernant le site du futur hôpital et des impacts de ce site sur l'offre de service. Ces analyses devraient se compléter en 2014.

Les travaux de réhabilitation parasismique de l'hôpital actuel de La Malbaie se sont poursuivis au cours de l'année 2013-2014. Les travaux évalués à 12 M$ se termineront à l'été 2014, soit quelques mois après la date de livraison initialement prévue.

Application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les usagers ou leurs représentants peuvent porter plainte auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services s'ils sont insatisfaits des services reçus ou qu'ils auraient dû recevoir des instances suivantes : organismes communautaires, résidences privées pour personnes âgées, ressources d'hébergement en toxicomanie ou jeu pathologique, services préhospitaliers d'urgence et l'Agence, pour ces activités ou fonctions qui concernent personnellement le plaignant.

En 2013-2014, le commissaire régional a traité 62 plaintes en provenance d'usagers ou de leurs représentants, dont 58 ont été conclues etquatre étaient en cours de traitement au 31 mars 2014, comme présentées au tableau 1. Dans une proportion de 98 %, les plaintes ont été conclues (57) à l'intérieur des 45 jours souhaités par le régime d'examen des plaintes. Cinq plaintes ont fait l'objet d'un recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen.

Les plaintes reçues en cours d'année (60) concernent principalement les résidences pour personnes âgées (55 %) et l'Agence (18 %), suivies des services préhospitaliers d'urgence (15 %) et des organismes communautaires (12 %). Aucune plainte n'a été formulée à l'endroit des ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique.

Dans les 58 plaintes conclues, 82 motifs d'insatisfaction ont été invoqués par les usagers ou leurs représentants, dont 79 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 50 motifs ont fait l'objet de 107 mesures correctives, dont 39 engagements de l'instance visée et 68 recommandations du commissaire régional. Au 31 mars 2014, 92 % des mesures correctives étaient implantées (92).

En 2013-2014, le commissaire régional a reçu 51 signalements en provenance de la population ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Après examen et validation des faits portés à sa connaissance, le commissaire régional a décidé d'intervenir auprès des organisations dans 44 situations. Pour les sept autres signalements, trois ont fait l'objet d'une intervention conjointe d'un CSSS et des responsables de la certification à l'Agence; un a fait l'objet d'abandon par l'auteur du signalement, car le problème a été résolu par l'instance visée; un a fait l'objet d'un suivi d'un ordre professionnel et deux signalements ont été fermés parce qu'il n'y avait pas de motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes n'étaient pas respectés.

La très grande majorité (92 %) des signalements (51) concernait les résidences privées pour aînés, suivi du secteur préhospitalier d'urgence (6 %) et des organismes communautaires (2 %).

Des 42 interventions conclues par le bureau du commissaire, 77 motifs d'insatisfaction ont été invoqués et retenus pour examen. De ce nombre, 34 motifs ont fait l'objet de 52 mesures correctives, dont 22 engagements de l'instance visée et 30 recommandations du commissaire régional. Au 31 mars 2014, 87 % des mesures correctives étaient implantées et rien ne laisse croire que les autres mesures ne le seront pas à leur échéance.

Conformément à son mandat, le bureau du commissaire régional a répondu à 223 demandes d'assistance de la population (soutien à une démarche) et 19 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux et des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Nombre de plaintes en 2013-2013, selon leur statut au 31 mars 2014

Plaintes en voie de traitement le 1er avril 2013	plaintes reçues en 2013-2014	Plaintes totales à traiter	Plaintes conclues	Plaintes en voie de traitement le 31 mars 2014
2	60	62	58	4

PROGRAMMES/SERVICES

SANTÉ PUBLIQUE

Ententes de gestion - Résultats

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	Contrôle des infections nosocomiales
Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis — diarrhées associées au Clostridium difficile	87,5	100	75
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis — bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100	100	100
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis — bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100	100	100

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

** Résultats en date du 27 mai 2014, Agence

1.01.19.1 Diarrhées nosocomiales associées à Clostridium difficile

Au terme de la période 13, 75 % des installations des CHSGS de la région de la Capitale-Nationale ont des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis pour les diarrhées nosocomiales associées à Clostridium difficile (DACD), soit 25 points de pourcentage de moins que l'engagement fixé à 100 %. Il s'agit d'une détérioration de 12 points de pourcentage par rapport à 2012-2013. Six installations sur huit ont atteint leur objectif.

Pour L'HDQ, le taux observé supérieur (13,7) à la cible fixée (9,0) s'explique par la survenue d'éclosions de DACD en périodes 2, 11 et 12, ce qui a contribué à augmenter le taux global pour l'année. La mise en place de mesures de contrôle a permis de mettre fin aux éclosions. Les taux ont été plus bas lors des périodes hors éclosions.

Pour l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA), le taux observé (14,3) supérieur à la cible fixée (6,6) s'explique par la survenue de quelques éclosions ainsi que par plusieurs cas répartis au sein des unités au cours des premières périodes cette année. À la suite d'une visite effectuée par l'Agence au printemps 2013, un plan d'action a été établi pour l'ensemble des activités de

prévention dans le centre hospitalier. La mise en œuvre des mesures du plan d'action est amorcée et une tendance à la diminution des taux de DACD semble se dessiner au cours des dernières périodes, même si le taux global pour l'année dépasse la cible fixée.

1.01.19.2 Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline

Au terme de la période 13, 100 % des installations des CHSGS de la région ont présenté un taux d'infections nosocomiales inférieur ou égal aux seuils établis pour les Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline.

1.01.19.3 Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs

À la fin de l'année, 100 % des installations des CHSGS de la région de la Capitale-Nationale ont des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis pour les bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs.

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014

Prévention et promotion

Sujets	**Résultats 2013-2014**	
Objectif 1.1 Mise en œuvre du PNSP/PAR-SP		
R-1.1.2 Indicateurs des résultats identifiés pour 100 % des programmes	Non atteint	
Objectif 1.2 Suivi du PAR-SP		
R-1.2.2 Bilan de l'implantation des activités du PAR réalisé	Non atteint	
Objectif 1.3 Clientèles vulnérables	**2012-2013**	**2013-2014**
R- 1.3.1 Augmentation du nombre de groupes VIACTIVE	91	96
Objectif 1.4 Inégalités sociales de santé		
R- 1.4.1 Rapport sur les inégalités sociales de santé diffusé et plan d'action élaboré	Non atteint	
R- 1.4.2 Actions de mise en œuvre des trois projets de mobilisation des communautés réalisées	Atteint	
R- 1.4.3 Plans d'action issus des 5 projets ATI (approche territoriale intégrée) déposés	Atteint	
Objectif 1.5 Pratiques préventives	**2012-2013**	**2013-2014**
R-1.5.1A1 52 groupes implantés pour le programme ÉquiLIBRE	65	67
R-1.5.1A2 382 personnes desservies par le programme MARCHE	270	300
R-1.5.1A3 22 groupes implantés pour les programmes PIED	21	21
R-1.5.1B Mise en place d'un mécanisme permettant la prise en charge complète par les CSSS de la planification, la mise en œuvre et l'animation des groupes ÉquiLIBRE sur leur territoire, ainsi que l'arrimage entre les volets du continuum de services, la diffusion de l'information et la promotion de ses programmes	Atteint	
R-1.5.2B Évaluation d'implantation du premier cycle de mise en œuvre réalisée (pratiques cliniques préventives [PCP] – maladies chroniques)	Non atteint	

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014 (suite)

Prévention et promotion (suite)

Sujets	Résultats 2013-2014	
Objectif 1.5 Pratiques préventives (suite)	**2012-2013**	**2013-2014**
R-1.5.2C La planification et la mise en œuvre du thème choisi par le CSSS (PCP – maladies chroniques)	Non atteint	
R-1.5.3A Dispenser 15 séances de 3 jours de formation rejoignant 12 personnes par séance de formation (prévention du suicide)	Atteint	
R-1.5.5 Dépôt d'un plan de diffusion et sa mise en œuvre (PCP en GMF, CRQ et UMF)	Atteint	
R-1.5.6 Dépôt d'un plan d'action précisant l'offre de services PCP	Atteint	

R-1.1.2A Indicateurs des résultats identifiés pour 100 % des programmes

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que l'engagement concernant l'identification des indicateurs des résultats pour 100 % des programmes dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national de santé publique (PNSP) et du Plan d'action régional de santé publique (PAR-SP) n'a pas été respecté.

L'indicateur s'appuie sur les travaux menés dans le cadre du *Plan d'action stratégique 2011-2015* pour relever les défis et actualiser les conditions favorables du *PAR 2009-2015*. Cet engagement est en cours de réalisation et se poursuivra jusqu'en 2015.

Une version optimisée de la démarche d'identification des indicateurs est en cours d'élaboration, un plan de travail sera déposé à la DRSP en juin 2014.

R-1.2.2A Bilan de l'implantation des activités du PAR réalisé

L'engagement ayant trait à la réalisation du bilan de l'implantation des activités du plan d'action régional de santé publique n'est pas totalement concrétisé, mais majoritairement réalisé. Le dépôt du bilan était prévu pour le mois de juin 2014.

R-1.3.1A Augmentation du nombre de groupes VIACTIVE

La région de la Capitale-Nationale a implanté 96 groupes par le programme VIACTIVE chez les personnes âgées. Le résultat indique une augmentation de 5,5 % du nombre de regroupements d'aînés rejoints par rapport à l'an dernier, puisque 91 groupes avaient été implantés.

R-1.4.1 Rapport sur les inégalités sociales de santé diffusé et plan d'action élaboré

Les résultats obtenus indiquent que l'engagement relié à la diffusion du rapport sur les inégalités sociales et à l'élaboration du plan d'action n'est pas atteint, mais majoritairement réalisé.

Le plan d'action des engagements du directeur régional de santé publique est presque complété. L'Agence devait déposer le plan d'action en juin 2014 et amorcer le tout à l'automne 2014.

R-1.4.2 Actions de mise en œuvre des trois projets de mobilisation des communautés réalisées

Les actions de mise en œuvre des trois projets de mobilisation des communautés sont réalisées.

R-1.4.3 Plans d'action issus des 5 projets ATI déposés

À la fin de l'année, les plans d'action issus des cinq projets ATI sont déposés.

R-1.5.1A1 Implantation du nombre de groupes ÉquiLIBRE ciblés

Au terme de la période 13, le résultat indique que 67 groupes du programme ÉquiLIBRE ont été implantés, soit 15 de plus que la cible établie et deux groupes de plus qu'en 2012-2013.

En 2013-2014, le CSSS de Québec-Nord a réalisé 15 groupes selon les paramètres prescrits par le Programme-cadre ÉquiLIBRE ainsi que deux groupes selon une fréquence et une durée différentes, du fait que la programmation du centre de jour touché par cette situation rend difficile la réalisation des deux séances hebdomadaires (ceci n'est pas comptabilisé dans la situation observée). Les résultats observés en 2013-2014 montrent une progression par rapport à l'année 2012-2013, où 14 groupes avaient été réalisés conformément au programme-cadre.

R-1.5.1A2 Augmentation du nombre de personnes rejointes par le programme MARCHE

Au terme de la période 13, le résultat régional indique que l'engagement n'est pas respecté puisque 300 personnes ont été desservies par le programme MARCHE (interventions multifactorielles personnalisées), soit 82 personnes de moins que l'engagement attendu de 382. Toutefois, il s'agit d'une amélioration par rapport au résultat de l'année 2012-2013 où 270 personnes avaient été jointes (non indiqué dans le tableau). Seuls les CSSS de Portneuf et de Québec-Nord et l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's n'atteignent pas l'engagement.

Pour le CSSS de Portneuf, le démarrage d'un projet d'optimisation et l'intensification des outils d'évaluation multiclientèle au soutien à domicile (SAD) ont fait en sorte que les intervenants du programme MARCHE avaient moins de temps à allouer au projet. Diverses mesures pour optimiser les processus MARCHE ont été mises en place : rencontres de travail plus régulières et mieux structurées portant sur les plans d'intervention; rencontres annuelles entre les intervenants du programme et ceux des autres secteurs; optimisation des références en pharmacie; et objectifs mensuels pour les dépistages.

Pour le CSSS de Québec-Nord, la découverture en physiothérapie a fait en sorte que peu de dépistage MARCHE a été fait dans les premiers mois de l'année financière. De nouveaux rôles et responsabilités ont été définis, notamment l'affectation de thérapeutes en réadaptation physique au dépistage. De plus, un nouvel outil a été intégré en pharmacie et les rencontres pour les plans d'intervention ont été optimisées. Un conseiller clinique devrait être en poste sous peu et aura la responsabilité de revoir la trajectoire MARCHE.

Pour l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, l'équipe du SAD ne comptait pas de physiothérapeute ni de nutritionniste pour réaliser les évaluations et les interventions MARCHE. De plus, la mise en place d'un nouveau mode de fonctionnement a nécessité des rencontres interprofessionnelles qui ont affecté le temps d'intervention auprès des aînés. Un nouveau mode de fonctionnement est désormais implanté. L'établissement a dorénavant une équipe MARCHE complète grâce à des ententes établies entre différents secteurs. Conséquemment, l'établissement espère atteindre sa cible l'an prochain.

R-1.5.1A3 Implantation du nombre de groupes PIED ciblés

L'engagement n'a pas été atteint, mais l'écart n'est que de un, avec 21 groupes PIED implantés pour un engagement de 22.

La cible est malgré tout considérée comme atteinte, puisque tous les territoires sont couverts. En effet, le programme s'est étendu, en 2013-2014, à un secteur éloigné. Ce fait respecte l'entente entre la Fédération de l'Âge d'Or du Québec – régions de Québec et Chaudière-Appalaches et la DRSP selon laquelle l'accessibilité à l'ensemble du territoire prévaut sur le nombre total de groupes dans la région.

R-1.5.1B Mise en place d'un mécanisme permettant la prise en charge complète par les CSSS de la planification, la mise en œuvre et l'animation des groupes ÉquiLIBRE sur leur territoire, ainsi que l'arrimage entre les volets du continuum de services, la diffusion de l'information et la promotion de ses programmes

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que l'engagement concernant les groupes ÉquiLIBRE est atteint.

R-1.5.2B Évaluation d'implantation du premier cycle de mise en œuvre réalisée (pratiques cliniques préventives – maladies chroniques)

L'engagement concernant la réalisation de l'évaluation de l'implantation du premier cycle de mise en œuvre des pratiques cliniques préventives n'est pas atteint.

Pour ce qui est du CSSS de Portneuf, la ressource responsable du projet a quitté son emploi pour des raisons de santé, sans être remplacée. Le premier cycle de mise en œuvre n'est toujours pas complété, retardant ainsi l'évaluation. Une nouvelle ressource est en place depuis avril 2013. Elle poursuit la mise en œuvre du plan d'action de façon à ce l'évaluation puisse être réalisée en 2014-2015.

Au CSSS de Charlevoix, la situation a été corrigée et la réalisation du plan d'action se poursuit; l'évaluation sera entreprise dès que possible.

R-1.5.2C La planification et la mise en œuvre du thème choisi par le CSSS

La planification et la mise en œuvre du thème choisi par le CSSS dans le cadre des pratiques cliniques préventives sont réalisées en majorité bien que l'engagement ne soit pas atteint.

Pour les CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Charlevoix et l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, la planification est faite et la mise en œuvre du thème choisi est amorcée, donc l'engagement est atteint.

Pour le CSSS de Portneuf, on observe toujours des délais importants dans la réalisation des actions planifiées, car à la suite du départ de la ressource, le remplacement a été effectué seulement quelques mois plus tard. L'appropriation du dossier et la difficulté de concilier les tâches reliées à cette fonction avec d'autres tâches plus cliniques semblent avoir contribué au retard. L'établissement est avisé de la situation et a pris des mesures afin de la rétablir, ce qui devrait avoir un impact positif sur l'indicateur.

R-1.5.3A Dispenser 15 séances de 3 jours de formation rejoignant 12 personnes par séance de formation

L'engagement concernant la mise en place des pratiques cliniques préventives liées au suicide par la tenue de séances de formation est respecté.

R-1.5.5 Dépôt d'un plan de diffusion et sa mise en œuvre

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que l'engagement est atteint.

R-1.5.6 Dépôt d'un plan d'action précisant l'offre de services PCP

L'engagement relié au dépôt d'un plan d'action précisant l'offre de service de PCP est atteint.

Autres attentes signifiées 2013-2014 de santé publique
(annexe des ententes de gestion)

Maladies infectieuses	
Infections transmissibles sexuellement et par le sang	
1.1 REG.5.A	1 141 activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du système intégré de dépistage et de prévention (SIDEP) dans les lieux où sont situés les SIDEP.
Résultat observé au 31 mars 2014	1 490 dépistages pour 2013-2014 (1 550 pour 2012-2013) Vaccination intra-muros: 273 (217 usagers)
1.1 REG.5.B	1 158 activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les intervenants du SIDEP hors des murs du SIDEP.
Résultat observé au 31 mars 2014	1 417 dépistages pour 2013-2014 (1 170 pour 2012-2013) Vaccination extra-muros : 533 (430 usagers) Quant à la cible touchant l'intervention dans les milieux de vie de la clientèle hautement à risque d'ITSS, soit celle jointe par les intervenants hors des murs du SIDEP, celle-ci a été atteinte avec un total de 1 417 dépistages réalisés. Prendre note qu'un rapprochement des services vers les clientèles vulnérables hors site s'inscrit dans les orientations ministérielles et les priorités régionales. Ainsi, nous pouvons constater que l'effort mis sur les activités du SIDEP en extra-muros a été encore maintenu cette année de manière à rencontrer l'objectif fixé à 1 158 activités de dépistages ITSS. Outre les organismes et milieux énumérés à la grille, l'équipe SIDEP a offert des services de dépistage lorsque pertinent dans le cadre de son mandat SABSA (Service à bas seuil d'accessibilité) dans les organismes tels Café-Rencontre, Rendez-Vous Centre-Ville, Maison Revivre, La Bouchée Généreuse, le Relais d'Espérance, ou encore à la Maison de Lauberivière dans le cadre de la Clinique de traitement et de suivi en hépatite C. Cela représente environ 70 interventions reliées à des activités SIDEP (dépistage ou vaccination). Une entente de collaboration a également été signée avec les organismes communautaires visités par l'équipe SIDEP.

Infections nosocomiales	
1.1 REG.14.A (Ministère 1.1.11)	**Nombre en ETC d'infirmières en prévention et contrôle des infections en poste en rapport avec le nombre de lits dressés au 31 mars de l'année précédente – 100 %.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Non atteinte : résultat à 97,5 % Comme par les années antérieures, la cible de 100 % n'est pas atteinte, mais le résultat est très près de la cible. En effet, il manque seulement 1 ETC dans la région pour l'atteindre et cet écart est réparti sur plusieurs établissements. La non-atteinte s'explique principalement par les raisons suivantes : ▪ pour certains établissements, le calcul du nombre d'ETC nécessaires en fonction du nombre de lits crée des fractions de quelques dixièmes d'ETC (0,1 ou 0,2), ce qui est en pratique impossible à pourvoir; ▪ pour d'autres établissements, il s'agit de postes non remplacés en date du 31 mars 2013, mais dont le processus de remplacement est en cours; cela démontre le haut taux de roulement du personnel en prévention des infections; il y a en effet plusieurs départs tout au long de l'année qui doivent constamment être remplacés.

Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale	
École en santé	
1.1 REG.6.A (Ministère 1.1.13)	En collaboration avec les commissions scolaires, offrir aux écoles un accompagnement basé sur les meilleures pratiques en prévention-promotion en lien avec les thématiques retenues : cour d'école, mode de vie physiquement actif, alimentation, sexualité, dépendances, violence.
Résultat observé au 31 mars 2014	L'accompagnement qui est réalisé par les répondants École en Santé des CSSS consiste à soutenir les directions et les comités mobilisés des écoles primaires et secondaires afin de les aider à évaluer et analyser leurs besoins en matière d'interventions de promotion et prévention, de leur proposer une démarche qui respecte les conditions d'efficacité ainsi que les guider vers les meilleures ressources selon la thématique ou les besoins exprimés. L'une des particularités de cette approche est que les ressources des réseaux de l'éducation et de la santé travaillent ensemble dans un but commun : la réussite éducative du jeune. Le CSSS de Charlevoix a réalisé un accompagnement pour la thématique prévention des dépendances via le programme système d qui est implanté dans toutes leurs écoles primaires. Le CSSS de Portneuf a réalisé un accompagnement dans les thématiques : cour d'école, alimentation, sexualité et dépendances. Le CSSS de la Vielle-Capitale a réalisé un accompagnement dans toutes les thématiques à l'exception de dépendances. Le CSSS de Québec-Nord a réalisé un accompagnement uniquement pour la thématique cour d'école. L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's a réalisé un accompagnement pour toutes les thématiques à l'exception de mode de vie physiquement actif.
1.1 REG.6.B	Transmettre à l'Agence le nom des écoles accompagnées pour chacune des thématiques.
Résultat observé au 31 mars 2014	Réalisé. De plus en plus d'écoles déposent des demandes et certaines sont en démarche pour plusieurs thématiques.

Services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité	
1.1 REG.7.A	**Assurer l'implantation du volet « Environnements favorables », participer à l'identification des orientations régionales et transmettre à l'Agence le nombre et le type d'actions ou projets.**
Résultat observé au 31 mars 2014	1-« Environnements favorables » et identification des orientations régionales : ▪ Animé par une professionnelle de la DRSP, un comité régional composé des organisateurs communautaires de CSSS tient trois à quatre rencontres par année. Les principaux objectifs sont de mettre à jour et réaliser un plan d'action qui découle des orientations régionales adoptées en 2006. 2-Nombre et type d'actions ou projets locaux : ▪ Cinquante-deux projets locaux ont été réalisés en 2013-2014 dans les territoires des CSSS de la région de la Capitale-Nationale : Vieille-Capitale (12 projets), Québec-Nord (25 projets), Charlevoix (6 projets) et Portneuf (9 projets). Un montant global de 268 942 $ a permis de soutenir ces projets qui sont en lien avec les résultats d'études de besoins locaux et les

Services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité (suite)

Résultat observé au 31 mars 2014 (suite)	critères de financement régionaux. Ces projets ont joint approximativement 12 320 familles dont on peut estimer qu'une proportion importante répond aux critères des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). ▪ Les projets réalisés touchent divers thèmes dont le quart vise à briser l'isolement des familles. Les autres projets ont cherché à offrir du répit-gardiennage, promouvoir les services offerts aux familles et améliorer les habitudes alimentaires ou habiletés culinaires. D'autres thèmes ont été abordés, dans une moindre mesure : lecture et écriture, habiletés parentales, développement global de l'enfant, identification des besoins, transport, activités de jardinage, etc. ▪ La présence d'un soutien financier supplémentaire offert par Avenir d'enfants dans les territoires locaux depuis 2010 permet, entre autres, d'augmenter l'intensité de certaines interventions de même que le nombre de projets réalisés. ▪ Par ailleurs, les résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle donnent un soutien supplémentaire aux regroupements locaux dans le choix des actions locales à privilégier. L'INSPQ a aussi publié un document (Poissant, 2013) qui présente ce qui caractérise les actions les plus susceptibles de favoriser le développement global des enfants (les dix conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants). Le contenu de ce document se veut un outil complémentaire dans le choix des interventions tant locales que régionales. ▪ Il est recommandé qu'un exercice d'analyse de la complémentarité des actions soutenues financièrement par les SIPPE et Avenir d'enfants soit réalisé afin d'éviter le double financement. Cet exercice se fera au printemps et les ajustements seront faits en conséquence au cours de l'année 2014-2015.
1.1 REG.7.B	**Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et étant suivies dans les SIPPE : 89,3 (209 mères/234).**
Résultat observé au 31 mars 2014	**Cible régionale : 89,3 %** Pour chaque territoire, les cibles identifiées sont les suivantes : ▪ CSSS de Portneuf : 78,8 % ▪ CSSS de la Vieille-Capitale : 95,3 % ▪ CSSS de Québec-Nord : 89,3 % ▪ CSSS de Charlevoix : 76,9 %
Résultat observé au 31 mars 2014 (suite)	Actuellement, les résultats observés montrent que la région de la Capitale-Nationale a atteint et même dépassé sa cible régionale. Notons cependant qu'il s'agit de données provisoires en période 13 (Fichier RAMQ-indicateurs de gestion-GESTRED). **Résultat régional : 95,7 %** Pour chaque territoire, les résultats observés démontrent que les CSSS ont atteint leur cible sauf le CSSS de Vieille-Capitale : ▪ CSSS de Portneuf : 84,8 % ▪ CSSS de la Vieille-Capitale : 88,2 % ▪ CSSS de Québec-Nord : 104,8 % ▪ CSSS de Charlevoix : 100 %

Diffusion et mise à profit des résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012

Une tournée de plusieurs mois a favorisé la mise à profit des résultats auprès de nos partenaires locaux et régionaux. Pour la proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement, la Capitale-Nationale est légèrement avantagée comparativement au Québec (23 % vs 26 %). Cette proportion régionale représente environ 1 400 enfants. Notons que les enfants issus de familles n'ayant ni le français ni l'anglais comme langue maternelle sont beaucoup plus vulnérables que ceux des familles francophones (42 % vs 22 %). Les résultats ventilés selon 13 territoires locaux révèlent des écarts très importants, cette proportion variant entre 19 % et 43 %. Les territoires de Basse-Ville, Limoilou et Vanier comprennent de loin le risque de vulnérabilité le plus élevé pour les petits. Les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à être vulnérables dans les cinq domaines de développement et les écarts les plus prononcés sont observés pour les domaines « Compétences sociales » et « Maturité affective ». Enfin, les résultats montrent aussi que la fréquentation d'un service de garde est un facteur de protection (20 % vs 31 %).

Œuf, lait, jus d'orange (OLO)

1.1 REG.2.A	**Nombre de mères à joindre sous le seuil de faible revenu – 809 mères à joindre**
Résultat observé au 31 mars 2014	Les cibles pour chaque territoire sont les suivantes : ▪ Portneuf : 46 ▪ Vieille-Capitale : 439 ▪ Québec-Nord : 295 ▪ Charlevoix : 29 Le nombre de mères inscrites dans le programme OLO se répartit comme suit : ▪ Portneuf : 54 ▪ Vieille-Capitale : 482 ▪ Québec-Nord : 340 ▪ Charlevoix : 27 Ce sont donc 903 mères qui ont été jointes dans la région de la Capitale-Nationale.

Clinique d'allaitement

1.1 REG.3.A	**1 380 dyades mère-enfant à joindre par la clinique d'allaitement.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Trois CSSS opèrent une clinique d'allaitement : Vieille-Capitale, Portneuf et Charlevoix en plus du CHU de Québec qui offre les services à sa clientèle. Pour l'ensemble de ces quatre cliniques d'allaitement, le nombre de dyades mère-enfant rencontrées (1 687 dyades pour la région) a surpassé les résultats attendus (1 380 dyades).

Clinique d'allaitement (suite)

Résultat observé au 31 mars 2014 (suite)

	Attendu	Atteint
CHU de Québec	550	HSFA : 196 CHUL : 618 Total : 814
CSSS de la Vieille-Capitale	750	789
CSSS de Charlevoix	35	42
CSSS de Portneuf	45	42
Total	1 380	1 687

Les quatre cliniques ont atteint ou dépassé la cible.

En tenant compte exclusivement du nombre de dyades mère-enfant qui consultent les cliniques en CSSS, près de 14 % des femmes qui allaitent utilisent les services de la clinique.

La fréquentation varie entre 10 % et 13 % par année depuis les sept dernières années. Avec l'ouverture de la clinique à l'UMF Maizerets (prêt de la consultante en lactation du CSSS de la Vieille-Capitale pour le CSSS de Québec-Nord), davantage de dyades mère-enfant ont pu consulter la clinique d'allaitement dans la région.

La clinique du CHU de Québec a également été très performante cette année.

D'autre part, en plus des services offerts à la clinique, la consultante en lactation de la clinique du CSSS de Charlevoix a offert 21 consultations à l'unité des naissances de l'Hôpital La Malbaie.

1.1 REG.3.B

2 640 visites à la clinique d'allaitement.

Résultat observé au 31 mars 2014

Pour l'ensemble des trois cliniques d'allaitement des CSSS de la région, 1 540 visites ont été prévues pour l'année se terminant en mars 2014. Au total, 1 718 visites ont eu lieu en incluant l'accueil des dyades des autres régions pour les CSSS seulement. En y incluant le nombre de visites du CHU de Québec, la cible prévue (2 640) est amplement dépassée (3 156).

	Attendu	Atteint
CHU de Québec	1 100	*HSFA* : 231 *CHUL* : 1 207 Total : 1 438
CSSS de la Vieille-Capitale	1 400	1 557
CSSS de Charlevoix	75	97
CSSS de Portneuf	65	64
Total	1 540	3 156

Près de 15 % de la clientèle de la clinique du CSSS de la Vieille-Capitale provient d'autres régions. Cette situation existe depuis l'ouverture de la clinique régionale en 2004.

Clinique d'allaitement (suite)

Résultat observé au 31 mars 2014 (suite)	Le nombre de visites excède le nombre de dyades mère-enfant, puisque certaines de ces dyades consultent une deuxième et, à l'occasion, une troisième fois la clinique d'allaitement. Toutes les cliniques ont surpassé leur cible. Le CHU de Québec a augmenté considérablement son offre de service cette année.
1.1 REG.3.C	**Stages d'observation pour une journée: infirmières et résidents, selon le besoin.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Les trois cliniques des CSSS accueillent annuellement des résidents, des médecins, des infirmières ainsi que des sages-femmes pour un stage d'observation d'une journée.

	Atteint
CSSS de la Vieille-Capitale	120
CSSS de Charlevoix	3
CSSS de Portneuf	7
Total	130

La clinique du CSSS de la Vieille-Capitale a augmenté considérablement (77 versus 120) son nombre de stagiaires cette année.

Initiative Amis des bébés (IAB)

1.1 REG.8.A	**Implanter certaines des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement de l'IAB* selon l'évolution de la démarche pour chacun des milieux.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Tous les établissements ont progressé vers l'atteinte des cibles de l'IAB à l'exception du CSSS de la Vieille-Capitale. CHU de Québec : cette année, le CHU de Québec a mis en place un groupe d'études pour former six infirmières comme consultantes en lactation International Board Certified Lactation Consultants (IBCLC). De plus, il a offert plusieurs formations à son personnel. Il a affiché sa politique d'allaitement sur les unités de soins. Il a réussi à augmenter le taux d'allaitement exclusif de 5 %, tel que spécifié dans les ententes de gestion. La seule cible non atteinte du CHU de Québec est l'implantation de la supervision clinique auprès des infirmières. CSSS de la Vieille-Capitale : les quatre cibles inscrites aux ententes de gestion n'ont pas été réalisées à cause de changements importants au sein de l'équipe de gestion en périnatalité au cours de l'année. Il s'agissait de : poursuivre l'affichage du résumé de la politique d'allaitement; consolider les modalités mises en place pour assurer le respect du code; poursuivre l'implantation des pratiques favorables à l'allaitement auprès du personnel de la maison de naissance; et préparer une demande de préévaluation IAB pour la Maison de naissance. CSSS de Charlevoix : les membres du comité IAB local se sont réunis à cinq reprises. Ils ont travaillé en collaboration avec la Table famille de Charlevoix pour la réalisation de la campagne de sensibilisation à l'allaitement (neuf affiches présentées chaque semaine dans les milieux, les journaux et la radio). Ils ont également produit trois capsules d'allaitement pour outiller les médecins dans leur pratique. La maître-évaluatrice IAB du Ministère a travaillé avec l'Hôpital La Malbaie pour tenter d'identifier les raisons pour lesquelles le taux d'allaitement n'attend pas le seuil requis pour maintenir l'agrément IAB.

Initiative Amis des bébés (IAB) (suite)

Résultat observé au 31 mars 2014 (suite)

CSSS de Portneuf : le dépôt au Ministère d'une demande d'évaluation IAB pour le CLSC a été réalisé ainsi qu'une visite de préévaluation IAB. La visite d'évaluation a eu lieu en mai 2014. Plusieurs activités ont eu cours pendant l'année dont la formation des médecins, la rencontre avec l'équipe des cadres intermédiaires et la collaboration sur plusieurs projets avec Allaitement-Québec.

CSSS de Québec-Nord : les deux cibles inscrites aux ententes spécifiées ont été réalisées : saisie systématique des heures de formation en allaitement au registre pour le personnel concerné ainsi que la validation du respect du Code.

Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's : élaboration d'un plan d'action avec la direction, en collaboration avec la DRSP, visant l'implantation de l'IAB au cours de l'année 2014-2015.

1.1 REG.8.B

Implanter certains des dix articles du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'IAB* selon l'évolution de la démarche pour chacun des milieux.

Résultat observé au 31 mars 2014

Les quatre CSSS de la région ainsi que l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's respectent les articles du Code.

Le CHU de Québec respecte plusieurs des articles du Code. Le personnel du CHU de Québec progresse vers l'atteinte de cet objectif à l'exception de l'article du Code en lien avec l'achat requis des préparations commerciales pour nourrissons par l'établissement.

Le CHU de Québec a fait des avancées importantes quant au respect des articles du code au cours des dernières années. L'établissement dit ne pas avoir les ressources financières nécessaires pour répondre à cette exigence. La diminution de l'utilisation des préparations commerciales pour nourrissons (PCN) chez les enfants allaités facilitera grandement l'atteinte éventuelle de cet objectif, puisque le nombre de PCN requis sera moindre.

1.1 REG.8.C

Colliger les données statistiques des taux d'allaitement.

Résultat observé au 31 mars 2014

Saisie d'information sur l'alimentation de l'enfant lors du premier contact en postnatal immédiat avec le CLSC. Données obtenues de la banque de la RAMQ et non des redditions de comptes.

	Allaitement total*	Allaitement exclusif*
CSSS de la Vieille-Capitale	85 %	65 %
CSSS de Québec-Nord	79 %	55 %
CSSS de Charlevoix	73 %	63 %
CSSS de Portneuf	85 %	62 %
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	88 %	66 %
Total	82 %	60 %

* Pas exigé dans les attentes signifiées. Données recueillies à partir du fichier I-CLSC pour les 10 à 13 premières périodes de l'année 2012-2013.

Le CHU de Québec collige les taux d'allaitement exclusif et total tant à Saint-François-d'Assise (HSFA) qu'au Centre mère-enfant Soleil (CME Soleil).

	Allaitement total (%)	Allaitement exclusif (%)
HSFA	83 %	51 %
CME Soleil	85 %	53 %

Initiative Amis des bébés (IAB) (suite)	
Résultat observé au 31 mars 2014 (suite)	Les taux d'allaitement ont augmenté pour tous les établissements au cours de l'année tant pour le taux total d'allaitement que le taux exclusif. Le CHU de Québec utilisait les anciens critères du Ministère pour la compilation des statistiques jusqu'à aujourd'hui. Les taux actuels reflètent les nouveaux critères du Ministère. Le CHU de Québec a atteint sa cible « d'augmenter le taux d'allaitement (exclusif) de 5 % ».
1.1 REG.8.D	**Lorsque pertinent, déposer une demande d'évaluation auprès du Ministère visant l'agrément IAB et maintenir cette certification une fois décernée.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Un établissement a déposé une demande d'évaluation IAB, soit le CSSS de Portneuf pour son CLSC. Le CSSS de Portneuf a préparé tout son personnel, les documents et l'organisation des services à être conformes aux exigences de l'IAB. Le CSSS de Charlevoix a obtenu un sursis de 18 mois (jusqu'au mois de juin 2014) de la part du Ministère pour faire une demande de réévaluation IAB (tous les cinq ans) pour l'Hôpital de La Malbaie afin d'apporter des changements aux taux d'allaitement et ainsi être conforme aux exigences de l'IAB (75 % exclusivité à la sortie de l'hôpital). Une autre demande de sursis a été demandée en y incluant plusieurs actions concrètes à réaliser afin d'atteindre l'objectif requis pour le taux d'allaitement. Ce sursis a été accordé jusqu'au mois d'octobre 2015.

Habitudes de vie/Maladies chroniques	
0.5.30 Combinaison prévention	
1.1 REG.10.A	**Assurer un accompagnement en lien avec la mise en œuvre de la politique-cadre pour une saine alimentation, le programme *Ma cour, un monde de plaisirs!* ou la promotion d'un mode de vie physiquement actif auprès des écoles qui en font la demande.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint CSSS de Charlevoix : Accompagnement total de 5 écoles. Actions éducatives (100 %). CSSS de Portneuf : Accompagnement total de 25 écoles dont 2 pour la politique-cadre à une saine alimentation et 3 pour *Ma cour, un monde de plaisirs!* Majorité d'actions éducatives (81 %). CSSS de Québec-Nord : Accompagnement total de 14 écoles, 10 pour *Ma cour, un monde de plaisirs!* Majorité d'actions sur le mode de vie physiquement actif (93 %). Majorité d'actions environnementales (93 %). CSSS de la Vieille-Capitale : Accompagnement total de 28 écoles, 19 pour *Ma cour, un monde de plaisirs!* Majorité d'actions sur la thématique 30 (73 %). Majorité d'actions environnementales (80 %). Total régional : Accompagnement de 72 écoles sur les 219 écoles de la région, ce qui représente 33 % du total des écoles de la région. 62 écoles primaires sur 172 ont été jointes, soit 36 %. ▪ 10 écoles secondaires sur 47 ont été jointes, soit 21 %. ▪ 56 % des actions sont de type environnemental contre 44 % actions de type éducatif.

0.5.30 Combinaison prévention (suite)

Résultat observé au 31 mars 2014 (suite)	▪ Outre les thématiques nommées pour cet indicateur, les écoles ont aussi été accompagnées pour différentes actions reliées au *0-5-30*, de même qu'à l'image corporelle.
1.1 REG.10.B	**Assurer la poursuite du programme *Mon école à pied, à vélo* auprès des écoles participantes en favorisant les liens avec les autres partenaires.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Non atteint Seul le CSSS de la Vieille-Capitale a effectué un accompagnement total de trois écoles Le fait que la structure du programme *Mon école à pied à vélo* ait changé et que l'accompagnement des écoles dans la poursuite du projet est maintenant assuré par différents partenaires de la communauté pourrait expliquer ce résultat.
1.1 REG.10.C	**Collaborer à l'implantation du projet pilote régional *Habitudes de vie* et *Développement durable* dans les écoles secondaires.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Total régional : accompagnement total de quatre écoles. Il s'agit des mêmes écoles pour lesquelles une collaboration a été établie avec le CSSS dès le début du projet. Le projet arrivera au terme de ses trois années en juin 2014.
1.1 REG.10.D	**Transmettre à l'Agence la liste des écoles soutenues.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint
1.1 REG.10.E	**Participer aux différents comités du programme *À pied, à vélo, ville active.***
Résultat observé au 31 mars 2014	Non atteint Total régional : accompagnement total de trois écoles effectué par le CSSS de la Vieille-Capitale. Le fait qu'*Accès transport viable* assure maintenant le déploiement du programme avec le soutien de divers partenaires de la communauté pourrait expliquer le fait que la présence des intervenants 0-5-30 ne soit plus nécessaire.
1.1 REG.10.F	**Assurer un accompagnement en lien avec les déplacements actifs et sécuritaires, une offre alimentaire saine, des parcs et aires de jeux sans fumée ou à l'élaboration de politiques familiales auprès des municipalités qui en font la demande.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Total régional : accompagnement total de 38 municipalités. L'ensemble des CSSS a soutenu des municipalités pour l'une ou l'autre des thématiques.
1.1 REG.10.G	**Transmettre à l'Agence le nom des municipalités et les activités réalisées.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Les CSSS ont transmis la liste des municipalités soutenues et des activités réalisées
1.1 REG.10.H	**Collaborer au déploiement de la formation régionale sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie et assurer un suivi des milieux ayant reçu la formation.**

Habitudes de vie/Maladies chroniques (suite)	
0.5.30 Combinaison prévention (suite)	
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Total régional : l'ensemble des CSSS a collaboré aux sessions données par la formatrice régionale. Les CSSS en sont à s'approprier le rôle de soutien aux environnements favorables et amorcent l'utilisation des concepts et la dispensation de sessions. L'évolution du processus d'appropriation permet de dire que l'objectif est atteint.
1.1 REG.10.I	**Assurer un accompagnement au CSSS pour le volet « employé » (Norme Entreprise en santé, établissement promoteur de la santé ou autre initiative).**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Total régional : les quatre CSSS reçoivent du soutien des équipes *0-5-30* pour la promotion de la santé auprès des employés.
1.1 REG.10.K	**Transmettre à l'Agence les activités réalisées en CSSS.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Les quatre CSSS ont transmis la liste des activités réalisées.
1.1 REG.10.L	**Participer aux travaux de la mobilisation régionale/locale.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Total régional : l'ensemble des CSSS est impliqué dans l'un ou l'autre des comités de la *Mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie*.
1.1 REG.10.M	**Participer ou contribuer aux différentes mobilisations locales ou regroupements locaux par la promotion des saines habitudes de vie et des pratiques reconnues comme efficaces.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Total régional : tous les CSSS accompagnent des regroupements de partenaires. Les CSSS sont impliqués sur un ensemble de mobilisations locales de partenaires selon les dynamiques propres à chacun des territoires.
1.1 REG.10.N	**Transmettre à l'Agence la liste des regroupements accompagnés, le rôle du CSSS (ex. : partenaire, conseil, etc.) et les activités réalisées.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Tous les CSSS ont transmis la liste des regroupements, leur rôle et les activités réalisées. Tous les regroupements locaux de partenaires sur les saines habitudes de vie sont soutenus par les CSSS (sauf *Be active Quebec*, regroupement pour la communauté anglophone qui est soutenu par l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's). Le CSSS de Portneuf se démarque par le soutien offert à d'autres regroupements de partenaires (2). Le soutien offert par les CSSS correspond au rôle attendu des intervenants : représentation sur divers comités stratégiques, validation des contenus, expertise-conseil, influence, collaboration à l'élaboration des plans d'action, etc.
1.1 REG.10.O	**Transmettre le nombre d'intervenants accompagnés dans l'intégration de pratiques cliniques préventives en lien avec les saines habitudes de vie (alimentation, activité physique et cessation tabagique) dans le cadre du projet *Semer pour récolter la santé*.**

Habitudes de vie/Maladies chroniques (suite)	
0.5.30 Combinaison prévention (suite)	
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Total régional : 500 intervenants sont joints par le projet PCP-saines habitudes de vie en CSSS dans la région. Ce sont 129 intervenants de plus que l'année 2012-2013.
1.1 REG.10.P	**Transmettre la liste des stratégies organisationnelles mises en place pour assurer la pérennité du projet *Semer pour récolter la santé.***
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Plusieurs stratégies organisationnelles différentes ont été mises en place dans les différents établissements afin d'assurer la pérennité du projet.

Cessation tabagique	
1.1 REG.9.A	**Joindre 545 fumeurs par les services de cessation tabagique.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Total régional : 782 clients joints sur une cible de 545 clients. La cible régionale est donc atteinte, ce qui constitue une amélioration comparée à l'année précédente. Toutefois, la cible pour chacun des CSSS n'a pas été atteinte sauf dans le cas des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale. Un total de 1 760 interventions a été réalisé pour une moyenne de 2,9 interventions/client. L'intervention de groupe a permis de joindre 40 clients et plus. Par ailleurs, des activités ont été réalisées en lien avec la promotion des services du Centre d'abandon du tabagisme (CAT), à la collaboration avec le projet PCP-saines habitudes de vie, à la définition de trajectoires de référence. L'implantation du système de suivi téléphonique informatisé, prévue en 2014-2015, devrait permettre d'améliorer la performance des CAT. Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, deux intervenants se sont partagé la tâche en cours d'année. Malheureusement, la compilation des présences aux rencontres de groupes n'a pas été constante, ce qui ne nous permet pas de savoir combien de fumeurs ont été accompagnés en services de groupes. Les CSSS notent de manière générale une continuité quant à la diminution de l'intérêt de la population à participer à des groupes de cessation. Parallèlement, on continue d'observer une augmentation des demandes pour la tenue de groupes de cessation directement dans les milieux (entreprises).

Programme québécois de dépistage du cancer du sein	
1.1 REG.4.A	**Viser l'atteinte de la cible de 70 % ou du moins maintenir le taux de participation des femmes au programme atteint au 31 décembre 2012, soit 67,9 %.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Au moment de produire la reddition de comptes, les données régionales ne sont pas disponibles. Elles pourront être transmises dès qu'elles auront été analysées.
1.1 REG.4.B	**Développer des activités à l'intention des femmes et des cliniciens sur le consentement éclairé au sujet du dépistage du cancer du sein.**

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (suite)

Résultat observé au 31 mars 2014	Au cours de la dernière année, un soutien a été apporté aux équipes des projets locaux pour qu'elles se procurent le nouveau dépliant du Ministère *Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein. La décision vous appartient, informez-vous!* De même, une section plus détaillée sur les avantages et les inconvénients a été ajoutée au site Web régional. Depuis quelques mois, une formation en ligne sur la prise de décision partagée est aussi offerte par le Ministère et l'INSPQ aux professionnels de la santé qui souhaitent être mieux outillés pour aider les femmes à faire leur choix. À partir des messages qui ressortent d'un résumé d'articles européens sur le dépistage du cancer du sein, de la formation en ligne et du nouveau dépliant du Ministère, un tableau comparatif sur les avantages et les inconvénients a été élaboré par les membres du groupe Actions-médecins (GAM). L'objectif est de concevoir un outil régional simple et accessible qui pourrait aider les intervenants impliqués dans le dépistage du cancer du sein à mieux informer les femmes invitées à participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).
1.1 REG.4.C	**Réaliser des activités pour l'intégration de la PCP en lien avec le dépistage du cancer du sein dans les milieux cliniques (formations offertes aux infirmières en GMF-CRQ, infirmières praticiennes spécialisées [IPS] et médecins).**
Résultat observé au 31 mars 2014	Atteint Interventions de soutien auprès des infirmières en GMF-CRQ de la région de la Capitale-Nationale : ▪ Compte tenu des changements réguliers au sein du personnel infirmier en GMF, le GAM garde un lien avec les infirmières GMF-CRQ. Une trousse d'information sur le dépistage du cancer du sein et le PQDCS est à leur disposition. Au besoin, des formations sont offertes et des outils sont distribués. Suivi des activités en CSSS, formation médico-nursing, formation IPS de première ligne : ▪ Le GAM a participé à des rencontres avec les représentants des CSSS afin de discuter de la planification des activités de sensibilisation au PQDCS auprès des intervenants des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale. Le but était d'établir des processus de collaboration et de s'entendre sur les contenus à privilégier, en tenant compte des besoins des professionnels en CSSS et de l'expertise de contenu et d'accompagnement dans les milieux de la DRSP. ▪ Le GAM a maintenu son offre de formation médico-nursing sur le dépistage du cancer du sein et les problématiques mammaires. Une formation en ligne a été offerte dans le cadre des rendez-vous Web pour le médecin de famille organisés par le Vice-décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu de la Faculté de médecine de l'Université Laval. La formation portait sur les nodules et les signes cliniques du cancer du sein; le dépistage du cancer du sein a aussi été abordé. La formation a été très appréciée par les participants. Il n'y a pas eu de formation médico-nursing au cours de la dernière année. Une formation sur le dépistage du cancer du sein et le suivi des femmes a été donnée à l'intention des médecins volontaires du PQDCS et à ceux qui pourraient le devenir pour la région de la Capitale-Nationale.

De plus, dans le but d'améliorer la qualité des services offerts dans les centres de dépistage désignés, un questionnaire de la satisfaction des femmes participant au PQDCS a été développé et validé. Les résultats de cette démarche ont été publiés dans la revue *BMC Health Services Research*.

Depuis son lancement en octobre 2012, le nouveau site Web régional www.depistagesein.com est devenu une source de référence dans 103 pays, cumulant plus de 168 377 visites au 31 mars 2014 (15 737 par mois).

Le soutien de l'équipe des communications de l'Agence se traduit entre autres par la promotion et la logistique d'événements dans le cadre de la *Tournée Rose* du mois d'octobre. À cet effet, plusieurs femmes de la région ont pu assister, en 2013 à une soirée-conférence sous le thème *Vos seins après 50 ans. Les mettre en valeur et en prendre soin*. Une visioconférence a aussi permis de sensibiliser les employés des cinq centres hospitaliers du CHU de Québec ainsi que ceux de l'Agence à cette réalité. Cette activité a d'ailleurs joint davantage d'établissements que lors des années précédentes.

L'équipe des communications de l'Agence a également participé à la diffusion des outils du PQDCS au sein du réseau de la santé et des services sociaux de la région. S'ajoute à ce qui précède le soutien de l'équipe des communications pour la rédaction et la mise en page du bulletin Info Sein, la préparation du plan de communication et les suivis en lien avec le site Web.

Pauvreté, développement social et des communautés	
	Analyse de milieu – Approche territoriale intégrée
1.1 REG.11.A	**Participer aux mécanismes et travaux touchant l'implantation de l'ATI dans les zones identifiées.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Tous les CSSS participent aux mécanismes et travaux entourant les huit ATI dans la région

	Analyse de milieu – Portrait de la défavorisation
1.1 REG.12.A	**Mettre à jour les données sur la défavorisation et actualiser les portraits de défavorisation des territoires.**
Résultat observé au 31 mars 2014	La mise à jour des données sur la défavorisation et l'actualisation des portraits de défavorisation n'ont pu être réalisées. Les données de l'Enquête nationale des ménages (ENM) 2011 ne sont pas encore disponibles et il semble que certains indicateurs de l'ENM manquent de robustesse à une échelle de communauté locale. Nous sommes en attente d'un avis de la Table de concertation nationale de surveillance sur l'utilisation de ces indicateurs. De plus, l'INSPQ travaille sur un nouvel indice de défavorisation, nous ne savons pas encore quand il sera disponible.
1.1 REG.12.B	**Diffuser les portraits de défavorisation des territoires.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Les portraits de 2006 sont diffusés auprès des partenaires des CSSS.
1.1 REG.12.C	**Identifier des indicateurs quantitatifs et qualitatifs du développement du potentiel des communautés et les expérimenter dans quelques territoires de communautés locales.**
Résultat observé au 31 mars 2014	Une dizaine de communautés locales expérimentent la fiche du potentiel des communautés. Une évaluation du processus d'expérimentation entourant la fiche du potentiel des communautés sera réalisée. D'autres communautés locales devraient l'expérimenter au cours de l'automne.

Plan d'action régional de santé publique 2009-2015 et Plan d'action stratégique 2011-2015 pour la mise en œuvre du Plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique

Le *Plan d'action stratégique 2011-2015* vise à améliorer la mise en œuvre du *Plan d'action régional* et des plans d'action locaux (PAL) de santé publique dans la région en faisant la promotion des actions stratégiques jugées essentielles afin de relever les défis et les conditions favorables du PAR. La plupart des plans d'action pour atteindre les objectifs de chaque défi et condition favorable ont débuté et quelques-uns sont complétés. Pour 2013-2014, nous tenons à promouvoir certaines avancées.

Afin de relever le **défi de la réduction des inégalités sociales de santé** de mobiliser et de sensibiliser les partenaires, des efforts importants ont été investis pour assurer la diffusion et l'appropriation du rapport du directeur régional de santé publique portant sur les inégalités sociales de santé. Une section du présent rapport annuel de gestion décrit ce résultat.

Dans le cadre du **défi qui vise à améliorer l'arrimage entre les paliers régional et local** pour la mise en œuvre du PAR-SP et des PAL, l'objectif qui proposait d'« élaborer une procédure pour évaluer périodiquement les mécanismes de liaison et les mettre à jour » a été atteint. Les différents mécanismes utilisés par la DRSP et les CSSS qui concourent à l'atteinte des objectifs du PAR-SP et des PAL ont été évalués. Les résultats de ces évaluations ont permis d'identifier les mécanismes à conserver sans modification, à ajuster, à relancer, à créer ou à supprimer. La liste détaillée des mécanismes de liaison évalués et utilisés au 31 octobre 2013 a été présentée à différentes instances de la région (Table régionale de santé publique, comité de direction de l'Agence, FDG).

De plus, au regard de l'objectif qui « vise à apporter un soutien pédagogique aux divers utilisateurs pour favoriser une appropriation adéquate des données sur l'état de santé de la population et de ses déterminants », nous notons des activités de présentation et d'échange avec plusieurs partenaires sectoriels et intersectoriels, et ce, tant au niveau régional que local. C'est dans ce contexte qu'on été présentés le *Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale*, l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* et l'*Enquête québécoise sur le développement enfants à la maternelle*. Une section du rapport annuel de gestion est d'ailleurs dédiée à cette enquête.

En ce qui concerne le **défi lié à l'intégration des PCP,** l'expérimentation d'une démarche de collaboration centrée sur une stratégie d'accompagnement, la facilitation, et impliquant des professionnels de la DRSP, de CSSS et de milieux cliniques étant terminée, les principaux résultats observés ont fait l'objet d'une diffusion auprès des partenaires préoccupés par l'intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens de première ligne. La démarche se poursuit avec les milieux ayant pris part à l'expérimentation pour le maintien des nouvelles pratiques liées à la PCP retenue, soit les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Une démarche d'exportation de ces nouvelles pratiques est en cours pour les autres CRQ de la région. Le tout se fait en partenariat avec les CSSS et sous leur initiative. Finalement, notons que les différentes actions menées pour l'intégration des PCP en CSSS sur les saines habitudes de vie sont traitées dans la section abordant les résultats des ententes de gestion.

Suivi du rapport du directeur régional de santé publique sur la réduction des inégalités sociales de santé *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la Capitale-Nationale*

L'année 2013-2014 fut l'occasion de présenter à plus d'une cinquantaine de groupes de divers secteurs, organisations publiques et privées, groupes communautaires, établissements de santé, et maison d'enseignement le rapport dans le cadre de colloques, de conférences, de cours et de rencontres de travail. Ce rapport suscite beaucoup d'intérêt tant dans la région de la Capitale-Nationale que dans d'autres régions du Québec et d'ailleurs au Canada. Présenté à l'automne 2013 en France, à Redon, auprès des représentants des Agences régionales de santé du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie, puis en mars 2014 à l'Observatoire de santé du Hainaut en Belgique, le rapport a suscité la création d'une *Entente de coopération interrégionale sur les déterminants sociaux de la santé* entre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et ces derniers. Il a été convenu de partager les connaissances sur l'équité en santé et d'expérimenter conjointement des actions portant sur la lutte aux préjugés, les pratiques professionnelles et l'évaluation des impacts sur la santé.

Rapport sur l'offre de loterie vidéo

En janvier 2014, le directeur régional concluait dans son rapport *Revoir l'offre de loterie vidéo pour prévenir les impacts dans les milieux défavorisés* que les lois et les règlements étaient appliqués de façon irrégulière et que l'offre de loterie vidéo contribuait aux inégalités sociales de santé. Ces constats sont issus de deux études menées dans la région : une géolocalisation des sites détenteurs de permis d'exploitant d'appareils de loterie vidéo et une caractérisation des sites selon différents éléments de risque reconnus dans la littérature. À la lumière des constats formulés, le directeur régional de santé publique a recommandé de s'assurer de l'application des règles en vigueur sur tous les sites, de réduire les heures d'activités des appareils en programmant la fermeture à minuit, de limiter l'accès à l'argent, de diminuer l'offre en retirant les appareils de loterie vidéo et les licences dans les secteurs fortement défavorisés, d'appliquer certaines conditions lors du choix du nouvel emplacement du Salon de jeux de Québec et de développer une politique québécoise sur les jeux d'argent.

Légionellose

À la suite de l'éclosion de légionellose à Québec à l'été 2012, les circonstances des 13 décès liés à l'éclosion ont fait l'objet d'une enquête publique de la part du Bureau du coroner. Concernant les actions du directeur régional de santé publique, les conclusions du coroner indiquent que : en l'absence de balise pour gérer une éclosion de légionellose et d'outils d'intervention pour les tours de refroidissement à l'eau (règlement, répertoire des tours, etc.), le directeur régional de santé publique a agi au meilleur de ses possibilités. Le *Guide provincial d'intervention pour la légionellose* qui a fait l'objet d'une recommandation spécifique du directeur régional de santé publique dans son rapport déposé en décembre 2012 est en cours de révision. La coordination de cette révision est faite par des membres des équipes « Maladies infectieuses » et « Santé et environnement » de la DRSP. Le guide révisé est disponible pour les intervenants des directions de santé publique depuis l'été 2014. De plus, à l'été 2013, un plan d'action et un plan de communication ont été réalisés de manière à se préparer à une éventuelle éclosion. Pendant toute la durée de l'année 2013, huit cas ont été déclarés.

Étude d'agrégat de cancer à Shannon

Le directeur régional de santé publique poursuit son étude d'agrégat afin de déterminer si les cancers du cerveau ou certains autres cancers seraient plus nombreux à Shannon qu'ailleurs au Québec. Plusieurs organisations dont la RAMQ, le Ministère et le ministère de la Défense nationale ont été consultés afin d'obtenir des données sur les cancers et sur la population (ex. : lieu et durée de résidence) nécessaires aux calculs d'un excès de cancer, avéré ou non. Les défis scientifiques sont grands, notamment en raison de la mobilité de la population à l'étude. Des experts internationaux réunis au sein d'un comité-conseil de même que des représentants de l'Institut national de santé publique (INSPQ) offrent leur soutien au directeur régional de santé publique dans la réalisation de l'étude. Un premier rapport d'étude devrait être disponible au courant de l'année 2015.

Contamination environnementale et la qualité de l'air dans l'arrondissement La Cité-Limoilou

Depuis sa création par le directeur régional de santé publique, le Comité intersectoriel sur la contamination environnementale et la qualité de l'air dans l'arrondissement La Cité-Limoilou, a tenu quatre rencontres qui ont permis aux participants de présenter leurs opérations et les mesures mises en place ou qu'elles comptent mettre en place pour diminuer la charge polluante dans le secteur, notamment par le nickel. Les participants au comité ont été invités à saisir l'enjeu de la contamination environnementale de manière globale et à agir sur l'ensemble des problématiques en cause dans ce secteur, que ce soit sur le plan des transports, de l'industrie, des activités portuaires et d'incinération des déchets ou de la combustion du bois de chauffage. Les membres du comité reconnaissent que c'est l'ensemble des efforts investis par chacun qui auront un effet positif sur l'amélioration de la qualité de l'air.

Vaccination contre l'influenza

Au cours de la saison 2013-2014, on a observé une circulation d'influenza A (68 % des souches) suivie de l'influenza B (31 % des souches). Vingt (20) éclosions d'influenza ont été déclarées à la DRSP au cours de la saison, soit la moitié moins que la saison précédente. Un total de 154 398 personnes ont reçu le vaccin contre l'influenza saisonnière en 2013-2014. C'est près de 8 000 personnes qui ont été vaccinées de plus par rapport à l'année 2012-2013. Les taux de couvertures vaccinales de la population varient de 85 % chez la clientèle hébergée en CHSLD, en passant par 54 % chez les 65 ans et plus, environ 47 % chez les 60 ans et plus. Les bébés de six à 23 mois et les personnes de 2 à 59 ans ont les taux les plus bas et requerraient des interventions plus soutenues. De façon générale, la campagne de vaccination 2013-2014 s'est bien déroulée, bien qu'elle ait été marquée par une demande tardive de vaccination par la population préoccupée par la survenue de cas graves publicisés en Alberta en janvier 2014. Par ailleurs, l'efficacité de la vaccination dépend de la capacité à vacciner précocement de façon à permettre la production d'anticorps avant la circulation virale.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

En 2013-2014, l'objectif de l'entente de gestion pour la région était d'atteindre la cible de 70 % de participation au programme ou du moins de maintenir le taux atteint au 31 décembre 2012, soit 67,4 %.

Au total, 6 149 femmes ont été jointes lors d'activités de sensibilisation/mobilisation communautaire dans la région. Parmi ces femmes, bon nombre provenaient de milieux défavorisés et difficiles à joindre. Plusieurs employées et intervenantes de CSSS ont été sensibilisées lors de

kiosques, de réunions d'équipe et à partir de matériel promotionnel. Dans deux des quatre territoires de CSSS, les technologistes des centrales de prélèvement ont été invitées à parler du PQDCS aux patientes âgées de 50 à 69 ans.

Au total, 795 intervenants et étudiants ont été joints en 2013-2014 lors des différentes formations offertes sur le dépistage du cancer du sein et sur les services du programme; notamment par une formation en ligne organisée par la Faculté de médecine de l'Université Laval qui a été offerte aux médecins de famille. Une formation sur le dépistage du cancer du sein et le suivi des femmes a aussi été donnée à l'intention des médecins volontaires du PQDCS dans la région ainsi qu'à ceux qui pourraient le devenir.

SERVICES GÉNÉRAUX

Ententes de gestion – Résultats

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	Services médicaux et infirmiers
Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire, de la médecine de famille par la mise en place de GMF (ou modèles équivalents).
	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.09.25 Nombre total de GMF implantés	29	30	29**
1.09.27 Population inscrite auprès d'un médecin de famille	73,4	75,5	75,6***
3.07 Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	11	16	16**

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

** Résultats en date des 16 (1.09.25) et 20 (3.07) mai 2014, Agence

*** Résultats en date du 28 mai 2014, système TBIG, Ministère

1.09.25 Nombre total de groupes de médecine de famille implantés

L'engagement n'a pas été atteint pour la région de la Capitale-Nationale, qui compte 29 GMF implantés. L'écart à la cible n'est toutefois que de un GMF. Seul le CSSS de la Vieille-Capitale n'atteint pas l'engagement. Un projet de GMF mixte regroupant l'UMF Saint-François-d'Assise et la clinique médicale Pasteur dans le secteur Basse-Ville-Limoilou a été envisagé pour consolider les services médicaux dans ce secteur. Au terme des travaux réalisés, le projet a été abandonné en novembre 2013. Par ailleurs, le médecin responsable du GMF Quatre-Bourgeois a annoncé que le GMF cesserait ses activités en août 2014. Les médecins joindront d'autres GMF situés à proximité.

Pour le CSSS de Québec-Nord, le projet GMF La Cité Médicale de Charlesbourg est en cours. Des lettres d'intention ont été transmises à l'Agence, puis au DRMG en juin 2013. Le contrat

d'association des médecins est complété et l'entente GMF et CSSS est en élaboration. L'offre de service sera présentée au DRMG en mai 2014.

1.09.27 Population inscrite auprès d'un médecin de famille

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que 75,6 % de la population de la région de la Capitale-Nationale est inscrite auprès d'un médecin de famille, soit 0,1 point de pourcentage de plus que l'engagement de 75,5 %. Mentionnons que le nouveau projet GMF La Cité Médicale de Charlesbourg en cours dans le secteur de Charlesbourg contribuera à augmenter le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille dans la région.

3.07 Nombre d'infirmières spécialisées en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne

Au terme de la période 13, la région de la Capitale-Nationale dénombre 16 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne, répondant ainsi à l'engagement 2013-2014. Soulignons que le CSSS de Charlevoix est toujours en période de recrutement pour pourvoir un deuxième poste.

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014

Services de première ligne

Sujets	Résultats 2013-2014
Objectif 2.1 Consolider une offre de service complémentaire entre les services médicaux et les services généraux.	
R-2.1.3A Atteindre la cible régionale fixée à 10 CRQ	Non atteint
R-2.1.3B Procéder au renouvellement des 8 CRQ	Non atteint

R-2.1.3A Atteindre la cible régionale fixée à 10 CRQ

Au terme de la période 13, la région de la Capitale-Nationale compte neuf CRQ, pour un écart défavorable de un par rapport à la cible. Seul le CSSS de la Vieille-Capitale a accusé un retard lors de la mise en place du projet de la CRQ Cité Verte.

Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, nous sommes toujours en attente d'une réponse de l'équipe du projet de la CRQ Cité Verte à l'exigence du Ministère voulant qu'une présence médicale cumulative les samedis, les dimanches et les jours fériés soit offerte. Ce projet n'est toujours pas complété, le regroupement n'ayant pas confirmé qu'il sera en mesure de répondre à l'exigence.

De plus, la CRQ Basse-Ville-Limoilou n'offre pas la totalité des services attendus. Les effectifs médicaux ne sont pas assez nombreux pour satisfaire les 73 heures de services attendues au sans rendez-vous. Un rapport exhaustif d'une chargée de projet a été déposé à l'Agence en novembre 2013 pour aider le milieu à consolider les services médicaux sur le territoire. Un plan de contingence est actuellement en vigueur afin de corriger la situation. Un plan d'action est aussi envisagé.

Pour le CSSS de Québec-Nord, le projet de la CRQ Charlesbourg a été finalisé et transmis le 31 mars 2014 au sous-ministre adjoint, le Dr Louis Couture. Un complément d'information lui a été transmis le 9 avril 2014.

Le Ministère doit présenter prochainement son nouveau cadre de gestion pour les GMF dans lequel il soulignera l'exigence d'une présence médicale cumulative les fins de semaine et les jours fériés pour les GMF qui sont aussi des CRQ.

R-2.1.3B Procéder au renouvellement des 8 CRQ

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de l'engagement relié au renouvellement des huit cliniques-réseau de la région de la Capitale-Nationale.

Les travaux du sous-comité du DRMG chargé du renouvellement des GMF et des CRQ ont été ralentis en raison du changement de directeur à la Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières (DRAMUH) à l'Agence. De plus, des orientations à l'égard des renouvellements devront être précisées et des mesures de suivi (indicateurs) de l'offre de service devront être mises en place.

Un nouveau cadre de gestion GMF est attendu depuis plus d'un an, pour préciser certains aspects demandés à un GMF opérant également une mission de CRQ. Enfin, aucun budget supplémentaire n'est disponible pour soutenir les CRQ.

Au cours de la prochaine année, il faudra convenir des orientations avec la DRAMUH et le DRMG, reprendre le calendrier des rencontres du sous-comité du DRMG mandaté à ce dossier pour finaliser le processus de renouvellement des CRQ et appliquer le cadre de gestion GMF pour les éléments relatifs aux GMF-CRQ.

Services médicaux de première ligne et guichets d'accès

La région de la Capitale-Nationale compte 29 GMF. Au terme de l'année financière, 551 533 personnes sont inscrites auprès d'un médecin de famille. Les médecins exerçant en GMF travaillent en étroite collaboration avec tout près de 90 infirmières cliniciennes et quelques infirmières praticiennes. Les collaborations professionnelles enrichissent le travail en interdisciplinarité.

Quatre guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille sont en service. Depuis le démarrage en 2009, 83 964 patients se sont inscrits au guichet et plus de 60 998 patients ont été recommandés à un médecin de famille, dont 10 570 dans la présente année. Des formulaires de demande d'évaluation santé pour une demande de prise en charge de la clientèle sans médecin de famille et de demande d'inscription au guichet d'accès sont disponibles pour la population et les professionnels de la santé sur le portail et le site Web de l'Agence et sur les sites Web des CSSS.

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Ententes de gestion – Résultats

Priorités régionales de la Capitale-Nationale (Ministère)

Direction générale :	Services sociaux	
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
Augmentation des services communautaires et bénévoles auprès des personnes aînées en perte d'autonomie	Rapport contenant les éléments demandés (utilisation des sommes, liste d'organismes ayant bénéficié d'un montant, nombre de personnes ayant bénéficié de services)	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Augmentation du nombre de personnes évaluées ou réévaluées	État de la situation des usagers évalués ou réévalués	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Gestion de cas pour les personnes aînées en soutien à domicile	État de situation sur le nombre de gestionnaires de cas	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées	Rapport sur la mise en place des réseaux de services intégrés	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	État de situation de la planification des composantes	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation

Augmentation des services communautaires et bénévoles auprès des personnes aînées en perte d'autonomie

L'engagement relié à l'augmentation des services communautaires et bénévoles auprès des personnes aînées en perte d'autonomie est réalisé. Les sommes ont été allouées aux organismes communautaires à partir des paramètres ministériels et en conformité avec les méthodes d'attribution du programme de soutien aux organismes communautaires de l'Agence. La liste est disponible à la Direction régionale des programmes clientèles de l'Agence.

Augmentation du nombre de personnes évaluées ou réévaluées dans le cadre des services de soutien à domicile

L'augmentation des personnes évaluées ou réévaluées est en cours de réalisation. Au 31 mars 2014, 84 % de la clientèle de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) ont été évalués ou réévalués à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle et de 29 % de la clientèle en déficience. Pour la clientèle SAPA, la charge de travail globale et le volume d'évaluations sont importants. Les CSSS de la région poursuivent le travail. Notons qu'en 2014-2015, les plans de services individualisés et d'allocation de services s'ajouteront. L'Agence souhaite revoir le calendrier afin qu'il soit réaliste pour les CSSS.

Gestion de cas pour les personnes aînées en soutien à domicile

L'engagement concernant la gestion de cas pour les personnes âgées en soutien à domicile est en cours de réalisation. Des travaux régionaux visant à repositionner la gestion de cas pour cette clientèle sont en cours. Il y a des enjeux importants d'harmonisation entre les différents travaux. L'Agence soutient leur avancement et ceux-ci se termineront au début de l'automne 2014.

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

L'engagement ayant trait au rapport sur la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées est en cours de réalisation. L'Agence soutient les établissements dans leur progression.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

L'état de situation de la planification des composantes de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier est en cours de réalisation. Le comité clinique régional AAPA a développé sa planification et celle-ci sera complétée au cours des prochains mois. Le changement des représentants du comité ainsi que le repositionnement global du dossier dans le cadre des modifications de la gouverne interne du CHU du Québec expliquent le retard des travaux. L'Agence suit et accompagne sur une base régulière les établissements concernés.

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	**Réseaux de services intégrés**
Objectifs de résultats	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère

Indicateurs	**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	62,24	68,75	67,23

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

** Résultats en date du 27 mai 2014, Agence

1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services

Le degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés à la personne âgée (RSIPA) dans les réseaux locaux de la région de la Capitale-Nationale est de 67,23 %, soit 1,52 point de pourcentage de moins que l'engagement fixé à 68,75 %. Nous notons toutefois une amélioration de 4,99 points de pourcentage par rapport à l'année 2012-2013. Les CSSS de la Vieille-Capitale et de Charlevoix n'atteignent pas leur objectif.

Cette non-atteinte est principalement attribuable aux composantes du plan d'intervention et du plan de services individualisés. Les CSSS font face à plusieurs travaux et demandes dans le secteur du SAPA. L'Agence soutient les établissements dans différents comités régionaux. De plus, un suivi spécifique sera réalisé avec le CSSS de Charlevoix.

Amélioration des conditions de vie des aînés.

La DRSP, en collaboration avec la Conférence régionale des élus de la Capitale-Nationale, a élaboré et diffusé le bilan des trois projets *Collectivités-amies des aînés*. Ces initiatives ont mené à des actions pour améliorer les milieux de vie des aînés et favoriser l'implantation d'interventions concertées spécifiques à ce groupe d'âge dans les communautés.

De plus, l'Agence s'est associée au Ministère, au Secrétariat de la Capitale-Nationale, à la Conférence régionale des élus de la Capitale-Nationale, à la Table de concertation des personnes aînées de la Capitale-Nationale, de même qu'à l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés, pour la signature de l'*Entente spécifique 2013-2017 portant sur l'amélioration des conditions de vie des aînés de la région*.

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	**Services de soutien à domicile**
Objectifs de résultats	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateurs	**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	846 969 (848 309)	852 764	1 058 512 (1 059 589)

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

** Résultats en date du 28 mai 2014, système TBIG, Ministère

1.03.05.01 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)

La valeur inscrite entre parenthèses est ajustée par l'Agence à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 14 mai 2014. L'Agence comptabilise les heures de services de soutien à domicile pour l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec. L'indicateur comprend les heures de services octroyées à différentes clientèles : les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes ayant une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble envahissant du développement.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 1 059 589 heures de services de SAD de longue durée, ce qui représente un dépassement de 206 825 heures de l'engagement fixé à 852 764. Comparativement à l'année 2012-2013, la production de services a augmenté de 211 280 heures. Cette augmentation s'explique en grande partie par la saisie des services rendus par achat de services des CSSS qui n'étaient pas comptabilisés au système d'information I-CLSC. Plus spécifiquement, le CSSS de Québec-Nord a pu inscrire cette année 248 138 heures d'achat de services en SAD (soit une variation de plus de 198 944 heures par rapport à 2012-2013). Il faut mentionner aussi que les CSSS de la région ont bénéficié cette année d'une allocation de 3 399 350 $ (6 798 700 $ en base annuelle) pour accroître l'offre de services.

Le CSSS de Charlevoix et l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's n'atteignent pas leur engagement. Le CSSS de Charlevoix fait état d'enjeux de codification et de pénurie de personnel. L'Agence prévoit faire le point avec l'établissement prochainement.

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014

Services de première ligne

Sujets	Résultats 2013-2014
Objectif 2.2 Assurer un équilibre entre la demande et l'offre de service	
R-2.2.1A Réaliser 75 % des actions inscrites dans le plan d'action optimisation en SAD 2010-2015	Atteint
Objectif 2.3 Diversifier et utiliser de façon optimale les milieux de vie substituts	
R-2.3.1A Amorcer la mise en œuvre des plans d'action de conversion de place d'hébergement de longue durée vers des ressources alternatives déposés par les établissements concernés	Non atteint
Objectif 2.4 Réaliser les actions du projet clinique SAPA	
R-2.4.3A Actualiser les recommandations à la suite des travaux sur la révision du système régional d'admission et d'accès	Non atteint
R-2.4.9A Amélioration du degré moyen d'implantation de la composante sur la gestion de cas du modèle des RSIPA	Non atteint
R-2.4.9B Amélioration du degré moyen d'implantation de la composante sur les plans d'intervention et les plans de services individualisés du modèle des RSIPA	Atteint

R-2.2.1A Réaliser 75 % des actions inscrites dans le plan d'action optimisation en SAD 2010-2015

Au terme de la période 13, l'engagement est atteint pour l'ensemble des établissements.

R-2.3.1A Amorcer la mise en œuvre des plans d'action de conversion de place d'hébergement de longue durée vers des ressources alternatives déposés par les établissements concernés

À la période 13, il appert que l'engagement est non atteint.

Le CSSS de la Vieille-Capitale a enclenché la transformation de ses lits de CHSLD selon le plan convenu avec l'Agence. Pour des raisons contextuelles, l'Agence a revu ses attentes en fonction des autres CSSS.

L'Agence fera le point avec les établissements pour définir des suites à donner.

R-2.4.3A Actualiser les recommandations à la suite des travaux sur la révision du système régional d'admission et d'accès

L'engagement d'actualiser les recommandations à la suite des travaux sur la révision du programme d'admission PECA (fonction admissibilité à l'hébergement) est atteint en partie seulement. L'analyse de l'admissibilité a été transférée et la coordination des admissions sera mise en œuvre en 2014-2015.

R-2.4.9A Amélioration du degré moyen d'implantation de la composante sur la gestion de cas du modèle des RSIPA

Au terme de la période 13, le degré moyen d'implantation de la composante sur la gestion de cas du modèle des RSIPA est de 7,9, soit 0,87 de moins que l'engagement régional fixé à 8,77. Les CSSS de Portneuf et de la Vieille-Capitale n'atteignent pas l'objectif.

Le modèle de gestion de cas a été redéfini en 2013-2014 et cela se traduit par des variables importantes, notamment pour le CSSS de la Vieille-Capitale, dont les données seront réajustées pour la prochaine année.

Le déploiement du nouveau modèle est prévu en 2014-2015.

R-2.4.9B Amélioration du degré moyen d'implantation de la composante sur les plans d'intervention et les plans de services individualisés du modèle des RSIPA

Au terme de la période 13, le degré moyen d'implantation de la composante sur les plans d'intervention et les plans de services individualisés du modèle des RSIPA est de 4,7 %. Le résultat attendu de 2,37 % est donc atteint, voire dépassé.

Modernisation de l'offre de service en hébergement et des mesures alternatives à l'hébergement (Plan de transformation pour l'hébergement)

L'Agence poursuit le travail de modification et de modernisation de son offre de service en matière d'hébergement aux personnes âgées.

En 2013-2014, le CSSS de la Vieille-Capitale a modifié son offre de service dans les centres d'hébergement tout en assurant un environnement adéquat et sécuritaire à la clientèle hébergée. Dans la première phase de modernisation, les centres d'hébergement Saint-Antoine, Hôpital général de Québec, Christ-Roi et Louis-Hébert ont été touchés. Les travaux représentent actuellement 28 lits d'hébergement fermés sur 151 lits au permis, comme prévu initialement. Les chambres pour deux personnes ont été modifiées en chambres individuelles et l'organisation du personnel ajusté en conséquence.

Maltraitance envers les personnes aînées

L'année 2013-2014 a été marquée par le lancement du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les aînés*. Ce guide multisectoriel est issu d'un partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et les partenaires. Ce guide a été adopté par le Ministère et sera déployé dans toutes les régions du Québec au cours de la prochaine année. Depuis le lancement du guide le 12 décembre 2013, un déploiement régional s'est opérationnalisé dans tous les secteurs par des ateliers de formation.

De plus, cette année a servi à faire le bilan du *Plan d'action régional pour contrer la maltraitance envers les aînés 2008-2012*. Un comité de travail a élaboré le deuxième plan d'action, lequel s'échelonnera jusqu'en 2018. Celui-ci sera lancé au cours de l'année 2014-2015.

Bilan général du programme d'évaluation et de coordination des admissions

En vertu de son mandat, le mécanisme d'accès à l'hébergement pour les personnes âgées de la Capitale-Nationale a procédé à l'analyse des demandes d'hébergement et à la répartition des admissions dans les 3 990 places d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les 375 places de résidences intermédiaires (RI) et de type familial (RTF) de la région 03.

Données	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Admissions permanentes en CHSLD	1 207	1 337	1 258
Admissions transitoires en CHSLD	563	609	607
Nombre de demandes reçues pendant l'année	1 855	1 939	1 807
Nombre de demandes évaluées ou réévaluées	3 340	3 573	3 437
Nombre de dossiers fermés pendant l'année	2 126	2 310	2 258
Décès de la personne (durant le processus)	559	538	631
Retrait de la demande	72	71	108
Refus du placement	23	23	20
Demandes non admissibles	78	83	89
Retour à domicile	1	3	2
Admissions des autres sous-régions	24	13	11
Admissions dans un centre privé	0	1	2
Fermeture - Autres motifs	180	254	156

Le CSSS de Charlevoix a procédé à 122 admissions pendant l'année. Au 31 mars 2014, sept personnes étaient en attente d'hébergement pour des ressources non institutionnelles (RNI). Le territoire du CSSS de Charlevoix a reçu 135 nouvelles demandes durant l'année 2013-2014. La provenance des nouvelles demandes se répartissait comme suit :

Provenance des demandes	Charlevoix
CHSGS	75
Domicile ou résidences privées	37
Autres (RNI, CHSLD, extérieur, etc.)	23

Finalement, au 31 mars 2014, 19 personnes étaient en attente d'une place d'hébergement en CHSLD sur le territoire de Charlevoix.

Le territoire du **CSSS de Portneuf** a procédé à 91 admissions pendant l'année. Leur provenance se répartissait comme suit :

Provenance des admissions	Portneuf
CHSGS	59
Domicile ou résidences privées et centre hospitalier de réadaptation de Portneuf	27
Autres régions et transferts intrarégionaux	5

Au 31 mars 2014, 104 personnes étaient en liste d'attente :

Nombre	Localisation
7	Hospitalisées
17	Domicile avec les services de leur CLSC
38	Résidence privée pour personnes âgées
42	Autres (CHSLD, lits à vocation particulière, autres régions, etc.)

Les territoires des **CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale** ont, quant à eux, cumulé 1 557 admissions. Ces dernières se répartissent de la façon suivante :

Provenance des admissions	Québec
CHSGS	751
Domicile ou résidences privées	422
Autres*	384

Les 1 468 demandes toujours en attente provenant des territoires de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale, peuvent être regroupées de la façon suivante :

Nombre	Localisation
58	Hospitalisées
297	Domicile avec services du CLSC
631	Résidence privée pour personnes âgées
482	Autres*

* « Autres » regroupe les dossiers provenant des établissements suivants : RI-RTF, transferts inter-CHSLD, CRDIQ, IUSMQ, IRDPQ, UTRF (unités transitoires de récupération fonctionnelle), ilôts résidentiels et les demandes provenant des autres régions du Québec ou de l'extérieur du Québec.

Certification des résidences privées pour aînés

Mise en contexte

Il y a plus d'un an, soit depuis le 13 mars 2013, entrait en vigueur le *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, modifié. Le Règlement établit les critères sociosanitaires que l'exploitant d'une résidence privée pour aînés (RPA) doit respecter pour obtenir un certificat de conformité, de même que les normes d'exploitation auxquelles il doit se conformer.

Quelques chiffres

Du 2 avril 2013 au 15 mai 2013, tous les exploitants et les responsables de RPA de la région de la Capitale-Nationale ont été rencontrés lors de séances d'information et de formation sur le nouveau Règlement, ce qui représente plus de 200 personnes rencontrées dans le cadre de 12 séances de cinq heures, chacune.

En 2013-2014, on dénombre 163 RPA actives, inscrites au Registre des résidences privées pour aînés. Parmi ces résidences, 71 sont en processus de renouvellement de leur certificat de conformité sous le nouveau Règlement.

L'Agence a émis sept attestations temporaires et a procédé à l'autorisation du transfert d'un certificat de conformité pour cinq nouveaux exploitants.

À la fin du mois de janvier 2014, tous les exploitants et les responsables de résidences ont été conviés à des séances d'information portant sur les exigences de formation des employés qui travaillent dans les RPA. Ces séances ont été organisées par l'Agence et coanimées principalement par les commissions scolaires. L'Agence s'est démarquée par la rapidité d'exécution qui a permis une concertation avec les partenaires afin de faire en sorte que les exploitants puissent amorcer leurs démarches rapidement.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, DÉFICIENCE PHYSIQUE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Ententes de gestion – Résultats

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	**Services sociaux et de réadaptation**
Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en centre de réadaptation ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : un an

Indicateurs	**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès — TOUTES DÉFICIENCES — TOUS ÂGES — PRIORITÉ URGENTE	53,1	90	57,1
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès — TOUTES DÉFICIENCES — TOUS ÂGES — PRIORITÉ ÉLEVÉE	81,0	90	78,5
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès — TOUTES DÉFICIENCES — TOUS ÂGES — PRIORITÉ MODÉRÉE	94,5	90	93,2

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

** Résultats en date du 28 mai 2014, système TBIG, Ministère

1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès — TOUTES DÉFICIENCES — TOUS ÂGES — PRIORITÉ URGENTE

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 57,1 % des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDIQ selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience de priorité urgente, ce qui représente 32,9 points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. Il s'agit toutefois d'une amélioration de quatre points de pourcentage par rapport à l'an dernier. Aucun établissement n'atteint l'objectif.

Les demandes urgentes représentent une faible proportion de l'ensemble des demandes de service en déficience physique (DP) et déficience intellectuelle-trouble envahissant du développement (DI-TED) reçues. L'attribution du bon niveau de priorité de la demande de service demeure un enjeu important pour l'ensemble des établissements, car cette étape influence négativement la performance. Dans la plupart des cas, le manque de formation du personnel recevant les demandes affecte l'interprétation adéquate des codes de priorisation et de la nature même du besoin.

Des suivis sont réalisés fréquemment auprès des équipes et du personnel responsable de l'accueil afin d'offrir de petites formations relatives à la priorisation et à la codification des demandes dans le système.

1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès — TOUTES DÉFICIENCES — TOUS ÂGES — PRIORITÉ ÉLEVÉE

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 78,5 % des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience de priorité élevée, soit 11,5 points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une détérioration de 2,5 points de pourcentage par rapport à 2012-2013. Seul le CSSS de Portneuf atteint l'engagement.

L'IRDPQ observe une augmentation des demandes de service en déficience du langage et de la parole (DLP) chez la clientèle âgée de moins de six ans. En effet, l'amélioration du dépistage de la DLP permet une prise en charge précoce de cette clientèle, mais limite celle de nouveaux clients, car le séjour dans le programme est substantiellement plus long. Les processus cliniques et clinico-administratifs ont été révisés, et l'exercice s'effectuera en 2013-2014 pour les programmes en déficience motrice adressés aux enfants. En comparaison à 2012-2013, l'établissement a augmenté sa desserte de 5,8 % en déficience du langage.

L'augmentation rapide des demandes de service orientées vers le programme clientèle TED a influencé la performance du CRDIQ, du CSSS de la Vieille-Capitale et du CSSS de Québec-Nord. Au CRDIQ, ce programme a reçu à lui seul 44 % de l'ensemble des demandes de service, et parmi ces demandes, 65 % concernent un trouble du spectre de l'autisme. De plus, environ le tiers des demandes de service pour le TED représente des adolescents avec des problématiques importantes exigeant une grande intensité de services. L'établissement a mis en place certaines mesures permettant d'améliorer les délais de prise en charge, soit : la supervision des charges de cas des intervenants afin de permettre la prise en charge de nouveaux usagers en attente de services, la mise en place de mesures d'appoint pour les usagers en attente de services et une vigilance des cas ne nécessitant plus l'accès à des services spécialisés

de deuxième ligne afin de fermer le dossier au moment opportun. Enfin, l'établissement a amorcé une réflexion quant à la possibilité de transférer des intervenants d'autres programmes vers le programme TED afin d'améliorer l'accès aux services. En somme, 56 % de l'ensemble des demandes reçues au CRDIQ sont de priorité élevée.

1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès — TOUTES DÉFICIENCES — TOUS ÂGES — PRIORITÉ MODÉRÉE

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 93,2 % des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDIQ selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience de priorité modérée, soit 3,2 points de pourcentage de plus que l'engagement de 90 %. Il s'agit toutefois d'une baisse de 1,3 point de pourcentage par rapport à 2012-2013. Les CSSS de Québec-Nord et de Charlevoix, ainsi que le CRDIQ n'atteignent pas l'engagement.

Comme mentionné à l'indicateur 1.45.45.03, le CRDIQ a connu une augmentation du volume des demandes pour la clientèle TED, ce qui a également affecté le taux de demandes de service de priorité modérée. Les mesures mises en place par l'établissement pour les priorités élevées prévalent pour les priorités modérées.

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014

Services de première ligne

Sujets	Résultats 2013-2014
Objectif 2.6 Révision de la trajectoire de services et application du plan d'accès	
R-2.6.1 Terminer les travaux sur le guichet d'accès aux services DI-TED et définir le plan d'actualisation	Atteint
R-2.6.3 Redéfinir la priorisation des travaux de révision des rôles, responsabilités et trajectoires en DP (accident vasculaire cérébral, déficience visuelle et auditive) et leur application	Non atteint

R-2.6.1 Terminer les travaux sur le guichet d'accès aux services DI-TED et définir le plan d'actualisation

À l'évaluation de la situation à la période 13, l'engagement est atteint.

Le modèle régional de guichet d'accès réseau en DI et trouble du spectre de l'autisme est maintenant convenu et doit être déposé officiellement le 23 avril 2014. Le plan d'implantation sera présenté par la même occasion. La mise en place des guichets se fera en séquence à partir de la fin avril.

R-2.6.3 Redéfinir la priorisation des travaux de révision des rôles, responsabilités et trajectoires en DP (accident vasculaire cérébral, déficience visuelle et auditive) et leur application

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que l'engagement est non atteint.

Les travaux visant la définition des rôles et responsabilités ainsi que des trajectoires de services en déficience physique se discutent à diverses instances, mais n'ont pas fait l'objet d'un exercice de priorisation régionale de façon formelle. Ces travaux progressent tout de même (accidents vasculaires cérébraux, traumatismes craniocérébraux légers, continuum résidentiel, etc.).

JEUNES EN DIFFICULTÉS

Pas de contenu pour la reddition de comptes 2013-2014.

DÉPENDANCES

Ententes de gestion – Résultats

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance
Objectifs de résultats	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	843	677	860

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

** Résultats en date du 28 mai 2014, système TBIG, Ministère

1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale montre que 860 jeunes et adultes ont reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par les CSSS, soit 183 personnes de plus que l'engagement fixé à 677. Tous les établissements atteignent l'engagement.

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	Services sociaux et de réadaptation
Objectifs de résultats	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	78,7	70	78,2

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

** Résultats en date du 28 mai 2014, système TBIG, Ministère

1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale montre que 78,2 % des personnes sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, soit 8,2 points de pourcentage

de plus que l'engagement. Il s'agit toutefois d'une faible baisse de 0,5 point de pourcentage par rapport au résultat 2012-2013. Seul le CRDQ contribue à cette activité.

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014

Services de première ligne

Sujets	Résultats 2013-2014
Objectif 2.7 Poursuivre le positionnement de la première ligne en santé mentale	
R-2.7.3 Convenir d'un modèle d'offre de service aux personnes ayant un trouble lié aux substances concomitant à un trouble mental grave	Non atteint
Objectif 2.8 Mettre en place les orientations ministérielles en dépendances.	
R-2.8.1A Rôles et responsabilités définis et consolidation de l'offre de service de première ligne dans tous les CSSS	Atteint
R-2.8.2A Plan de déploiement proposé et mise en œuvre d'une trajectoire de service concertée pour la clientèle jeune et adulte présentant une double problématique santé mentale/dépendances	Non atteint

R-2.7.3 Convenir d'un modèle d'offre de service et amorcer son implantation

À l'évaluation de la situation à la période 13, les travaux reliés à la proposition d'un modèle d'offre de service et à l'amorce de son implantation ne sont pas amorcés.

La non-atteinte pour les établissements dont l'engagement était une « participation attendue » découle de travaux non réalisés par l'établissement porteur du dossier, soit l'IUSMQ. L'Agence conviendra avec l'IUSMQ des suites à donner.

R-2.8.1A Rôles et responsabilités définis et consolidation de l'offre de service de première ligne dans tous les CSSS

Au terme de la période 13, l'engagement relié à la définition des rôles et des responsabilités et à la consolidation de l'offre de service de première ligne en dépendance (repérage, intervention précoce, référence toxicomanie/jeu pathologique) par tous les CSSS est majoritairement réalisé.

La définition des rôles et responsabilités des établissements est presque terminée et la consolidation se fait en continu. L'adoption finale a été prévue en juillet 2014 au comité régional en dépendances. Un comité de suivi à l'implantation sera mandaté en 2014-2015.

R-2.8.2A Plan de déploiement proposé et mise en œuvre d'une trajectoire de service concertée pour la clientèle jeune et adulte présentant une double problématique santé mentale/dépendances

À l'évaluation de la situation à la période 13, les travaux reliés à la proposition d'un plan de déploiement et à la mise en œuvre d'une trajectoire de services concertés pour la clientèle jeune et adulte présentant une double problématique de santé mentale/dépendances ont été effectués en partie au cours de l'année. Le plan de déploiement a été déposé au comité régional en dépendances. La mise en œuvre sera actualisée en 2014-2015.

Pour 2014-2015, ce projet fera l'objet d'un positionnement stratégique de l'Agence avec les organisations concernées.

SANTÉ MENTALE

Ententes de gestion – Résultats

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance
Objectifs de résultats	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire
	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	596 (919)	1 203	591 (897)
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	114	175	158
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)	5 003 (5 044)	6 637	6 077(6 120)

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

** Résultats en date du 28 mai 2014, système TBIG, Ministère

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses a été ajustée par l'Agence. Les indicateurs 1.08.05 et 1.08.09 ont été ajustés à partir de la banque de données régionale I-CSLC en date du 14 mai 2014 pour inclure les services offerts par l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's (établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec). De plus, pour l'indicateur 1.08.05, les places offertes en services de soutien variable dans la communauté par les organismes communautaires ont également été incluses dans le résultat. Pour l'indicateur 1.08.06, l'Agence inclut dans les données transmises au Ministère les services d'une deuxième équipe de suivi intensif mise en place par l'IUSMQ. Elle diffère toutefois d'une équipe Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) et répond à un modèle de traitement intensif bref à domicile (TIBD) allant jusqu'à six semaines.

1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

Au terme de la période 13, 591 usagers (ou places) ont été desservis par période dans les CSSS pour du soutien d'intensité variable (SIV), un nombre inférieur de 322 usagers par rapport à l'engagement fixé à 913 usagers, excluant les organismes communautaires. Tous les CSSS présentent un écart défavorable par rapport à leur engagement, en plus faible proportion

pour les territoires de Portneuf et de Charlevoix. Toutefois, en ajoutant les 306 places (usagers par période) offertes par les organismes communautaires (PECH, OCÉAN, l'Archipel d'entraide, le Verger et l'Éveil Charlevoisien), la région de la Capitale-Nationale a rejoint 897 usagers par période, un résultat qui s'approche davantage de l'engagement 2013-2014 de 1 203 (incluant les organismes communautaires).

Au cours de la dernière année, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) a poursuivi la consolidation des pratiques probantes en soutien d'intensité variable auprès des équipes et des organismes communautaires concernés de la région. Comparativement à 2012-2013, le nombre de places en établissement est demeuré relativement stable, alors que celui des organismes communautaires a connu une diminution plus significative (de 320 places en 2012-2013 à 306 cette année). Cela s'explique, entre autres, par le suivi étroit du CNESM auprès des organismes communautaires afin de départager les interventions en SIV de celles du suivi communautaire (soutien léger). De plus, on observe une baisse du nombre de places à l'organisme PECH en raison de la hausse de l'intensité des suivis effectués, de la sévérité des conditions des usagers et du terme d'une subvention non récurrente qui leur a été allouée afin de réduire leur liste d'attente. Dans ces circonstances, il semble pertinent d'envisager la réévaluation, à la baisse, de la cible attendue pour ces organismes en 2013-2014.

Par ailleurs, il est utile de rappeler que la méthode de calcul actuelle ne permet pas d'identifier les personnes suivies par les intervenants des équipes SIV qui sont en période de désengagement (se traduisant par une rencontre par période) ou bien celles qui, en fonction de la variabilité de leurs besoins, nécessitent occasionnellement moins de deux rencontres par période. Rappelons également que les personnes suivies dans le cadre d'un hébergement en RNI ne font pas partie des critères retenus en SIV, malgré les attentes d'un établissement à cet effet.

En somme, la difficulté d'atteindre les engagements ministériels, malgré une augmentation des effectifs au cours des dernières années, demeure une préoccupation importante et bien réelle.

1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 158 usagers desservis en moyenne par période pour des services de suivi intensif dans la le milieu (SIM), soit 17 de moins que l'engagement de 175. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 44 usagers par rapport au résultat 2012-2013. L'IUSMQ est le seul établissement qui offre ces services.

Bien que la moyenne annuelle ne reflète pas cette réalité, les résultats obtenus par l'IUSMQ au cours des dernières périodes de 2013-2014 s'approchent de l'attente exprimée, soit la consolidation de la deuxième équipe PACT. De plus, la concentration des cas plus sévères dans deux seules équipes (le nombre requis étant de cinq pour la région) accentue la pression sur celles-ci et influence la performance qu'elles obtiennent.

Une troisième équipe a été mise en place au début de 2014-2015. Elle devrait permettre une augmentation graduelle des places offertes, bien que selon le CNESM, deux années soient nécessaires pour consolider une équipe. Une quatrième équipe pourrait s'ajouter en cours d'année.

1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 6 120 usagers desservis par des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire et généralement donnés dans l'établissement, soit 517 usagers de moins que l'engagement fixé à 6 637. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 1 076 usagers par rapport à 2012-2013.

Comme il a été mentionné dans la reddition de comptes 2012-2013, les modifications méthodologiques à la fiche indicateur (2011-2012) ne montrent pas l'ensemble des services offerts par les équipes santé mentale des CSSS de la région, notamment les interventions de groupe et une partie des services offerts par les guichets d'accès en santé mentale. Une réflexion doit s'amorcer afin de déterminer si la cible de cet indicateur doit prendre en compte l'ensemble des services offerts en première ligne par d'autres acteurs que les CSSS (omnipraticiens, organismes communautaires et pratiques privées).

Une allocation de 1 M$ pour les CSSS, visant à consolider les services de première ligne en santé mentale, a été accordée en fin d'année. Elle devrait permettre d'augmenter l'offre de service en 2014-2015. Par ailleurs, des discussions ont été amorcées avec des représentants du Ministère et du CNESM pour améliorer la fidélité de l'indicateur en représentant plus adéquatement l'offre de service en santé mentale de première ligne.

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014

Services de première ligne

Sujets	Résultats 2013-2014
Objectif 2.7 Poursuivre le positionnement de la première ligne en santé mentale	
R-2.7.4 Dépôt d'un modèle d'organisation d'offre de services pour les personnes ayant un trouble sévère de comportement, en convenir régionalement et définir son plan de mise en œuvre	Atteint (en partie)

R-2.7.4 Dépôt d'un modèle d'organisation d'offre de services pour les personnes ayant un trouble sévère de comportement, en convenir régionalement et définir son plan de mise en œuvre

À la période 13, l'engagement est réalisé en partie.

Ce modèle positionne régionalement l'offre de service aux personnes ayant un trouble sévère de comportement par une définition et l'actualisation d'un plan de mise en œuvre. Ce dernier a été déposé aux directeurs du comité pilotant le projet et également présenté aux représentants de l'IUSMQ, car les personnes visées par ce modèle sont prises en charge par cet établissement. Les différents partenaires sont toujours en attente d'une réponse de l'IUSMQ afin de déterminer les prochaines étapes du projet.

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014

Accès aux services spécialisés et appui à la première ligne

Sujets	Résultats 2013-2014
Objectif 3.1 Mécanismes d'appui des services spécialisés en santé mentale	
R-3.1.3A Fonction de médecin spécialiste répondant (adultes et enfants) en place	Non atteint
R-3.1.4 Fonction de professionnel répondant actualisée dans tous les CSSS	Non atteint
R-3.1.5 Évaluation de la pertinence et de la possibilité d'offrir la fonction de professionnel répondant œuvrant en deuxième ligne en soutien aux partenaires de la première ligne	Non atteint
R-3.1.7 Procéder à l'évaluation terminale du modèle de ressources de désengorgement	Non atteint

R-3.1.3A Fonction de médecin spécialiste répondant (adultes et enfants) en place

Au terme de la période 13, l'engagement visé n'est pas atteint, mais il est majoritairement réalisé.

En effet, les travaux sont sur le point d'aboutir et devraient être réalisés en totalité au début de l'année 2014-2015. Les dernières étapes, de nature administrative, ont exigé plus de temps que prévu. Les établissements dont le résultat était une « participation attendue » ne sont pas responsables des délais.

R-3.1.4 Fonction de professionnel répondant actualisée dans tous les CSSS

L'engagement est non atteint, à l'exception du CSSS de Québec-Nord.

Une compréhension incomplète de cette fonction explique en partie la non-atteinte de cet engagement par les établissements. L'Agence n'a pas abordé cette mesure avec les établissements concernés. Toutefois, le prochain plan d'action national en santé mentale devrait, selon les informations présentées dans le cadre de la consultation du Ministère pour son élaboration, élargir le champ d'action de cette fonction. De plus, bien qu'elle soit non formalisée, nous pensons que cette fonction est déjà en place dans plusieurs des établissements concernés.

Nous devrons, en collaboration avec le CNESM, accompagner les établissements en 2014-2015 afin de préciser le cadre de cette fonction et formaliser les actions qui y sont rattachées.

R-3.1.5 Évaluation de la pertinence et de la possibilité d'offrir la fonction de professionnel répondant œuvrant en deuxième ligne en soutien aux partenaires de la première ligne

L'engagement n'est pas atteint, mais il est tout de même réalisé en partie.

Bien que des travaux d'arrimage aient été amorcés en cours d'année, la notion de professionnel répondant de la deuxième ligne à la première ligne n'a pas été formellement abordée. Néanmoins, plusieurs échanges et travaux sont en place afin d'identifier les formes que pourrait prendre le soutien de la deuxième ligne à la première ligne. Les travaux de révision des programmes clientèles de l'IUSMQ vont également en ce sens, mais ne sont pas finalisés.

Cet engagement a été modifié en 2014-2015 de façon à mieux traduire le besoin de soutien à la première ligne.

R-3.1.7 Procéder à l'évaluation terminale du modèle de ressources de désengorgement

L'engagement relié à l'évaluation terminale du modèle de ressources de désengorgement est non atteint.

Au cours de l'année, un suivi de l'utilisation de cette ressource a été réalisé de façon continue, mais l'évaluation finale de ce projet d'expérimentation avec les établissements concernés n'a pas été réalisée. Les établissements concernés ne sont pas responsables de la non-atteinte. L'actualisation de ce projet avec les établissements devrait se réaliser incessamment.

SANTÉ PHYSIQUE

Ententes de gestion – Résultats

Priorités régionales de la Capitale-Nationale (Ministère)

Direction générale :	**Cancérologie**	
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Implantation de la phase 1 du PQDCCR	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Direction générale :	**Services de santé et médecine universitaire**	
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
L'accès aux services spécialisés	Déposer un plan de travail; le faire approuver par le sous-ministre adjoint de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire; mise à jour du plan de travail	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	**Médecine et chirurgie**
Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
	3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis
	3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	Médecine et chirurgie (suite)		
Indicateurs	**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
Cardiologie tertiaire			
1.09.08A Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	88,0	87,1	84,3
1.09.08B Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	86,9	78,6	72,1
1.09.09A Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	85,6	90	86,2
1.09.09B Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	68,2	85	67,8
1.09.10A Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	62,7	65	63,7
1.09.10B Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	37,1	30	52,0
Traitement du cancer			
1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	97,6	90	98,3
1.09.33.01 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	53,2	90	52,0
Chirurgie			
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	52,4	90	52,8
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	49,1	90	45,4
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	95,1	90	94,8
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	90,9	90	91,2

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	Médecine et chirurgie (suite)		
Indicateurs	**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	95,4	90	95,3

*Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

**Résultats en date du 28 mai 2014, système TBIG, Ministère

Cardiologie tertiaire

1.09.08A Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A

L'engagement n'est pas atteint. La performance régionale a atteint 84,3 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 2,8 points de pourcentage de moins que l'engagement. Il s'agit d'une détérioration de 3,7 points de pourcentage par rapport au résultat 2012-2013. Le CHU de Québec n'atteint pas l'objectif de seulement 0,7 point de pourcentage et l'IUCPQ de 3,5 points de pourcentage.

Comparativement à l'année dernière, la région de la Capitale-Nationale a connu une augmentation du nombre de procédures réalisées en hémodynamie de catégorie A soit respectivement 100 chirurgies de plus pour le CHU de Québec et 91 pour l'IUCPQ.

L'IUCPQ a procédé au remplacement d'un appareil d'hémodynamie (salle H1) lors de la période estivale 2013, ce qui a limité la disponibilité de cette salle durant les travaux. De plus, le remplacement d'un autre appareil était prévu à l'été 2014 (salle H4). Conséquemment, les heures d'ouverture des autres salles ont été prolongées. Du point de vue clinique, il est à noter que la réalisation de procédures complexes a un impact sur les demandes réalisées dans les délais prescrits, par exemple, l'installation de valves aortiques percutanées dont 71 ont été installées en hémodynamie cette année, les occlusions chroniques et les fermetures de l'auricule gauche. De plus, les procédures sous anesthésie générale sont en augmentation. Finalement, l'IUCPQ constate que les civières dédiées à l'hémodynamie sont régulièrement occupées par des usagers en attente d'un lit de cardiologie, faute de disponibilité.

L'IUCPQ tente, dans la mesure du possible, d'utiliser les civières dédiées au Service d'hémodynamie à cette fin. Une réorganisation des modes de fonctionnement du Centre de soins de jour pour les usagers en mode ambulatoire est en cours. L'établissement contribue également aux travaux régionaux pour l'organisation des services à la personne âgée en vue de diminuer l'occupation des lits de courte durée. Finalement, dans le cadre de l'agrandissement du Service d'électrophysiologie cardiaque de l'IUCPQ, la création d'une salle hybride interventionnelle cardiaque a été prévue, ce qui permettra de réaliser les procédures les plus complexes et de libérer du temps de salle en hémodynamie.

1.09.08B Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 72,1 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit

6,5 points de pourcentage de moins que l'engagement. Il s'agit d'une détérioration de 14,8 points de pourcentage par rapport au résultat 2012-2013. Le CHU de Québec n'atteint pas l'engagement de peu (0,3 point de pourcentage) alors que l'écart à l'engagement est de dix points de pourcentage pour l'IUCPQ.

Le CHU de Québec et l'IUCPQ ont réalisé 172 chirurgies en hémodynamie de catégorie B de plus qu'en 2012-2013 (133 pour le CHU de Québec et 39 pour l'IUCPQ).

L'IUCPQ donne priorité aux usagers de la catégorie A puisque ces interventions sont urgentes et doivent être réalisées dans des délais plus courts. Comme rapportée à l'indicateur 1.9.8 de la catégorie A, la disponibilité des lits demeure un enjeu important tout comme la réalisation de procédures complexes chez des usagers présentant de multiples comorbidités. L'établissement constate également que plus de 50 % des usagers requérant des services en cardiologie ont plus de 75 ans.

L'IUCPQ identifie une problématique reliée à l'horaire des transports aéroportés pour la clientèle des régions éloignées. La majorité des arrivées est faite en fin de journée et les départs s'effectuent de 48 à 72 heures après l'arrivée, ce qui a pour conséquence d'accroître la durée de séjour des patients et de diminuer du même coup la disponibilité des civières. Des travaux ont été réalisés en collaboration avec le Ministère pour contrer ces inconvénients, mais il semble que l'enjeu demeure.

Le système de gestion de l'accès aux services spécialisés en cardiologie comporte également certaines lacunes relatives à la classification des nouvelles procédures telles les valves aortiques percutanées. Ce système devrait migrer prochainement vers une autre solution informatique.

1.09.09A Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A

1.09.09B Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte des engagements en chirurgie cardiaque pour l'IUCPQ (catégorie A et B). Pour la chirurgie cardiaque de catégorie A, la performance régionale a atteint 86,2 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 3,8 points de pourcentage de moins que l'engagement. Il s'agit d'une légère amélioration de 0,6 point de pourcentage par rapport au résultat 2012-2013.

Pour la chirurgie cardiaque de catégorie B, 67,8 % des demandes ont été réalisées dans les délais prescrits, soit 17,2 points de pourcentage de moins que l'engagement de 85 %. La situation s'est légèrement détériorée de 0,4 point de pourcentage par rapport à 2012-2013. En 2011-2012, le taux était de 78,6 % et de 91,9 % en 2010-2011 (non indiqué dans le tableau).

L'IUCPQ a connu une diminution des demandes de service réalisées de catégorie A (de 29) tandis qu'une augmentation des demandes de catégorie B est observée (de 19).

Pour la catégorie A, le nombre d'usagers en attente à la période 13 était de 205 par rapport à 261 en 2012-2013. La liste d'attente est constituée à 60 % d'usagers en attente d'un remplacement valvulaire avec ou sans pontages aortocoronariens associés, lesquels augmentent le temps d'occupation des salles de chirurgie cardiaque. Il faut également tenir compte de l'instauration des pratiques chirurgicales émergentes telles que les valves aortiques percutanées, qui sont maintenant disponibles aux usagers à risque trop élevé pour la chirurgie classique. La condition clinique des usagers présentant de plus en plus de comorbidités rend les

chirurgies plus complexes, ce qui a pour conséquence l'augmentation du taux d'occupation des salles d'opération. Le nombre d'heures de présence en chirurgie cardiaque est d'ailleurs en augmentation. De plus, le nombre de chirurgies cardiaques sous circulation extracorporelle a augmenté significativement (de 38 cas par semaine à près de 44 cas).

L'IUCPQ a prévu l'ouverture supplémentaire d'une salle d'opération pendant cinq semaines consécutives lors de la période estivale 2013-2014. Cette mesure a une incidence sur le taux d'occupation des unités de soins de la trajectoire de chirurgie cardiaque, lesquelles sont utilisées au-delà de leur capacité. Finalement, comme mentionné dans l'explication de l'indicateur 1.09.08, dans le cadre de l'agrandissement du Service d'électrophysiologie cardiaque de l'IUCPQ, les espaces prévus non aménagés du 2e niveau du pavillon central permettront, à terme, d'ajouter une salle hybride interventionnelle cardiaque, de même que des salles d'opération. Cette solution immobilière aura pour conséquence l'amélioration significative des résultats actuels concernant l'accès et le nombre de demandes réalisées dans les délais prescrits. Des travaux sont en cours et se poursuivront la prochaine année.

1.09.10A Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 63,7 % des demandes réalisées dans les délais prescrits en électrophysiologie de catégorie A, soit 1,3 point de pourcentage de moins que l'engagement. La situation s'est améliorée de 1,0 point de pourcentage par rapport à 2012-2013. Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

L'IUCPQ a réalisé 54 procédures additionnelles de catégorie A en 2013-2014 par rapport à l'an dernier. Il est important de spécifier que le projet *Lean* des laboratoires d'hémodynamie et d'électrophysiologie contribue à cette progression. Toutefois, nous observons une augmentation de la liste d'attente des demandes en électrophysiologie (382 demandes en attente en 2013-2014 comparativement à 294 demandes en 2012-2013).

L'IUCPQ, à la demande du Ministère, a mis en place une troisième salle « temporaire » en électrophysiologie cardiaque dans le but de diminuer la liste d'attente. Depuis octobre 2010, ce plateau technique fonctionne à raison de trois jours par semaine. Comme les données le démontrent cette année, les efforts réalisés pour contrer cette augmentation de la liste ne suffisent qu'à freiner l'augmentation de la liste d'attente. Il apparaît essentiel que cette troisième salle « temporaire » puisse fonctionner à temps complet (cinq jours par semaine). Ces préoccupations ont été signifiées au Ministère et des discussions sont en cours. Il sera donc pertinent de pouvoir concrétiser, dans les meilleurs délais, le fonctionnement à cinq jours par semaine en 2014-2015. Le projet d'agrandissement du Service d'électrophysiologie autorisé le 5 juillet 2013 permettra de répondre adéquatement aux besoins en électrophysiologie de la population des régions de l'Est-du-Québec.

1.09.10B Pourcentage des demandes de service réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 52,0 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 22,0 points de pourcentage de plus que l'engagement. Il s'agit d'une amélioration de 14,9 points de pourcentage par rapport au résultat 2012-2013. Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

Traitement du cancer

1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 98,3 % des patients traités dans les délais prescrits, soit 8,3 points de pourcentage de plus que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une hausse de 0,7 point de pourcentage par rapport à 2012-2013. Un seul établissement contribue à cette activité, soit le CHU de Québec.

1.09.33.01 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 52,0 % des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours, soit 38 points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une détérioration de 1,2 point de pourcentage par rapport au résultat 2012-2013. Seul le CSSS de Charlevoix atteint son objectif.

Au CHU de Québec, le fait que certaines requêtes opératoires soient signées et déposées alors que le patient doit encore subir des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie occasionne un délai additionnel qui devrait être exclu du calcul du délai d'attente. Un rappel à cet égard sera fait aux équipes concernées par le mécanisme de gestion de l'accès. Depuis le 1er avril 2014, l'Agence, après discussion avec le Ministère, a exclu l'inscription de la chirurgie de Mohs au logiciel des interventions chirurgicales, car cette chirurgie n'est pas réalisée au bloc opératoire. Les cas déjà inscrits seront retirés, ce qui devrait améliorer les résultats. Enfin, l'établissement conduit actuellement un projet pilote à L'Hôtel-Dieu de Québec afin de dédier huit lits à la chirurgie de court séjour en gynécologie, en urologie et en oto-rhino-laryngologie.

La disponibilité des plages opératoires et des plateaux techniques pour la chirurgie oncologique constitue un enjeu pour l'ensemble des établissements, mais plus particulièrement pour l'IUCPQ. En effet, celle-ci ne correspond pas au besoin de services, ce qui augmente indûment les délais d'accès pour des patients médicalement prêts. De plus, les absences pour maladie longue durée des chirurgiens thoraciques ont occasionné cette année des délais importants. Toutefois, depuis la période 9, une nouvelle chirurgienne est entrée en fonction, ce qui améliorera les délais d'accès à la chirurgie oncologique. Des efforts continus sont déployés afin de recruter de nouveaux chirurgiens. Depuis la période 9, l'IUCPQ a pu récupérer l'équivalent d'une plage horaire par semaine. Jusqu'au rétablissement de la situation, les établissements soutiendront l'IUCPQ.

Chirurgie

1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche

1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou

Au terme de la période 13, les résultats obtenus au CHU de Québec indiquent la non-atteinte de l'engagement pour les chirurgies orthopédiques. La performance régionale a atteint 52,8 % des chirurgies réalisées dans les délais prescrits pour l'arthroplastie totale de la hanche (PTH), soit 37,2 points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une faible amélioration de 0,4 point de pourcentage par rapport à 2012-2013 (52,4 %). En 2011-2012, 63,9 %

des chirurgies PTH étaient réalisées dans les délais et 81 % en 2010-2011 (non montré dans le tableau). Pour l'arthroplastie totale du genou (PTG), 45,4 % des chirurgies ont été réalisées dans les délais prescrits dans la région, soit 44,6 points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une détérioration de 3,7 points de pourcentage par rapport au résultat 2012-2013, où ce taux atteignait 49,1 %. En 2011-2012, le taux était de 61,0 % et de 77,1 % en 2010-2011 (non indiqué dans le tableau).

Le CHU de Québec a connu une augmentation des requêtes opératoires et une augmentation des chirurgies de PTH réalisées. En comparaison à 2012-2013, l'établissement rapporte avoir reçu 19 requêtes de plus et avoir réalisé 60 chirurgies additionnelles en 2013-2014. Alors que pour les chirurgies de PTG, moins de requêtes ont été déposées (51) et plus de chirurgies ont été réalisées (72).

Certaines difficultés sont reliées à la disponibilité des lits pour l'hospitalisation que nécessitent ces types de chirurgies. Ce manque de disponibilité engendre le report de chirurgies le jour où elles sont planifiées et un nombre limité de chirurgies programmées au bloc opératoire. En 2013-2014, 31 chirurgies PTH et 39 PTG ont dû être reportées par manque de lits. On observe également des difficultés d'accès au bloc opératoire et de changement de pratique au sein du département de chirurgie orthopédique.

Le CHU de Québec a adopté en février 2014 une gouverne sur la gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques pour favoriser la réalisation des chirurgies dans les délais. Une réflexion est également amorcée sur la mise en place des meilleures pratiques en matière de planification chirurgicale. De plus, une épuration des listes d'attente est entamée (600 cas à ce jour, tous cas confondus).

Plusieurs démarches ont également été entreprises par l'Agence afin que les chirurgies soient réalisées dans les délais prescrits. L'Agence a planifié des rencontres régulières avec le CHU de Québec afin d'assurer le suivi du plan d'action de l'établissement. De plus, des démarches ont été entreprises auprès de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02), de la Mauricie-Centre-du-Québec (04) et de l'Estrie (05) afin d'évaluer la faisabilité d'une entente de deuxième offre ou de zone franche. Une entente de deuxième offre entre le CHU de Québec et le CSSS de Montmagny-L'Islet dans le but de réduire la liste d'attente est en cours. En avril 2014, une visite du CHU de Québec a eu lieu avec le Ministère et l'Agence pour évaluer la situation de deux salles d'opération (HSFA et Centre hospitalier de l'Université Laval [CHUL]) et des recommandations seront émises afin d'améliorer l'accès à la chirurgie orthopédique. Le dépôt d'un plan d'action qui vise à réduire le nombre de lits occupés par des personnes en fin de soins actifs devrait permettre l'accès aux lits pour les chirurgies avec hospitalisation comme la PTG.

1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte

Les résultats obtenus atteignent l'engagement. Les chirurgies de la cataracte ont été réalisées dans les délais prescrits à 94,8 %, soit 4,8 points de pourcentage de plus que l'engagement de 90 %. Le CSSS de Charlevoix et le CHU de Québec atteignent leur objectif.

1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour

La performance régionale des chirurgies d'un jour réalisées dans les délais prescrits a atteint 91,2 %, soit 1,2 point de pourcentage de plus que l'engagement établi à 90 %. Il s'agit d'une faible amélioration de 0,3 point de pourcentage par rapport à 2012-2013 où ce taux atteignait

90,9 %. En 2011-2012, le taux était de 92,1 % et de 93,7 % en 2010-2011 (non montré dans le tableau). Seul le CSSS de Charlevoix n'atteint pas l'engagement.

1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale des chirurgies avec hospitalisation réalisées dans les délais prescrits a atteint 95,3 %, soit 5,3 points de pourcentage de plus que l'engagement établi à 90 %. Le résultat est comparable à celui observé en 2012-2013 (95,4 %). Tous les établissements atteignent leur engagement.

Plan stratégique ministériel, axe d'intervention :	**Urgences**
Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière. (Plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif)

Indicateurs	**Résultats* 2012-2013**	**Engagements 2013-2014**	**Résultats** 2013-2014**
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	16,2	12	15,6
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	5,92	Moins de 1	5,45
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	19,7	15	19,3

* Fiches ministérielles de reddition de comptes 2012-2013, 7 juin 2013

** Résultats en date du 28 mai 2014, système TBIG, Ministère

1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)

1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière

1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière

Au terme de la période 13, les résultats des indicateurs reliés aux urgences indiquent la non-atteinte des engagements. Le séjour moyen sur civière est de 15,6 heures par usager, ce qui représente 3,6 heures de plus que l'engagement de 12 heures. Le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière a atteint 5,45 %, alors que l'engagement est fixé à moins de 1 %. Le pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière a atteint 19,3 %, ce qui représente 4,3 points de pourcentage au-dessus de l'engagement fixé à 15 %.

Malgré la non-atteinte des engagements, on observe une amélioration relative de 3,7 % des séjours moyens à l'urgence (qui atteignait 16,2 heures), de 7,9 % des épisodes de 48 heures et plus sur civière à l'urgence (qui s'élevait à 5,92) et de 2 % des séjours de 24 heures et plus sur civière (qui était de 19,7 %) par rapport à 2012-2013

Le CHU de Québec et l'IUCPQ n'atteignent pas leurs objectifs, à l'exception de l'indicateur du pourcentage de séjour de 48 heures et plus où seul le CHU de Québec présente un écart défavorable par rapport à l'engagement.

Les principales difficultés rapportées par le CHU de Québec touchent l'augmentation des visites à l'urgence, en particulier pour les patients sur civière. Par rapport à l'an dernier, nous observons une hausse d'au moins 5 % des arrivées par ambulance dans trois hôpitaux du CHU de Québec (HSS [Hôpital du Saint-Sacrement], CHUL et L'HDQ), les patients de 75 ans et plus sont également plus nombreux de 6 % au CHUL, de 3 % à HEJ et de 2 % à L'HDQ, et trois sites ont connu une hausse d'au moins 3 % de leurs admissions hospitalières depuis l'urgence (HEJ, HSFA et CHUL). D'autres facteurs tiennent également à la difficulté d'accès aux lits d'hospitalisation, notamment en raison de l'attente d'hébergement des patients en situation de fin de soins actifs, des transferts chirurgicaux et de la desserte extrarégionale.

À la suite de la fusion du CHU de Québec, l'établissement a entrepris au cours de l'année 2013-2014 différentes actions dans le but d'uniformiser et d'intégrer les pratiques des cinq urgences. Parmi ces actions, nous comptons l'application du plan de débordement hospitalier, l'application des mesures de surcapacité, l'implantation de critères pour diriger les patients en aire de choc et une validation par audits du respect de ces critères, ainsi que l'implantation de 15 ordonnances collectives. Toujours dans un souci d'amélioration, différents audits ont été réalisés sur le triage, la pertinence de l'utilisation des aires de choc, la pertinence de l'utilisation du monitorage pour les patients et la pertinence de l'utilisation des civières. Plusieurs comités ont également été mis en place, entre autres un comité sur la gestion intégrée de l'organisation clinique, un autre sur la gestion médico-nursing des urgences et un sur l'orientation des patients. De plus, la prise en charge des patients identifiés par le programme Alliance (les grands utilisateurs) a permis de générer des diminutions en matière de consultations aux urgences et d'hospitalisation.

Pour l'IUCPQ, l'ouverture de plusieurs plateaux techniques, l'augmentation des activités reliées aux missions tertiaires et la présence d'usagers en soins de longue durée qui occupent des lits de courte durée ont eu un impact sur la disponibilité des lits pouvant être utilisés pour l'urgence. Plusieurs mesures ont été mises en place par l'établissement, notamment l'implantation du « Lean urgence », la poursuite du programme Alliance, la révision de plusieurs trajectoires de patients (ex : chirurgie cardiaque, chirurgie bariatrique) pour diminuer les séjours préopératoires et améliorer la planification des départs, la réorganisation des modalités de prise en charge de la clientèle (ex. : application plus systématique des ordonnances collectives) ainsi que l'application du plan de désengorgement des urgences du Ministère.

L'Agence a élaboré et déposé au Ministère en février 2014 un plan d'action en suivi des visites du comité ministériel de coordination sur le désengorgement des urgences. Il porte entre autres sur la prise en charge des personnes présentant des problèmes de santé mentale, l'occupation des lits de courte durée par des patients dont les soins actifs sont terminés et la prise en charge des clients qui doivent être admis en UTRF. L'application de ce plan d'action devrait améliorer la performance des urgences du CHU de Québec et de l'IUCPQ.

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014

Services de première ligne

Sujets	Résultats 2013-2014	
Objectif 2.5 Modèle régional de prévention et gestion des maladies chroniques	**2012-2013**	**2013-2014**
R-2.5.1A Desservir 680 personnes pour le programme des grands utilisateurs de services	660	515

Services de première ligne (suite)	
Sujets	**Résultats 2013-2014**
R-2.5.1B2 Identification systématique et en continu des grands utilisateurs de services ayant des besoins complexes par les établissements ayant une mission CH	Atteint
Objectif 2.10 Coordination de mesures pour l'accès pertinent aux services d'urgence	
R-2.10.1b Actualiser le plan de mise en œuvre des recommandations du rapport (Villeneuve-Paquet) en respectant une DMS de 15 heures dans les urgences et aucune attente supérieure à 48 heures	Non atteint

R-2.5.1A Desservir 680 personnes pour le programme des grands utilisateurs de services

La région de la Capitale-Nationale a desservi 515 personnes par le programme Alliance, soit 165 de moins que l'engagement fixé a 680. L'ensemble des CSSS de la région n'atteint pas l'engagement.

En 2014-2015, les engagements initiaux ont été révisés et revus à la baisse afin de refléter le nombre total de patients différents ayant un statut actif ou semi-actif qu'une infirmière gestionnaire de cas complexe peut suivre durant l'année.

R-2.5.1B2 Identification systématique et en continu des grands utilisateurs de services ayant des besoins complexes par les établissements ayant une mission CH

L'engagement est atteint. Les établissements identifient deux fois par année les grands utilisateurs ayant des besoins complexes selon un calendrier périodique pour les cinq sites du CHU de Québec et de l'IUCPQ. S'ajoute à cette démarche, l'identification ponctuelle en implantation dans les différentes urgences. En 2013-2014, le CHU de Québec a identifié et recommandé 473 patients grands utilisateurs avec des besoins complexes (HEJ 184, HSS 31, L'HDQ 54, CHUL 88, HSFA 116). Pour l'IUCPQ, 21 patients ont été identifiés.

Une analyse des raisons qui font que les clients identifiés ne sont pas tous inscrits et suivis par le programme est en cours. Les refus d'adhérer des patients et les situations où le patient ne répond plus aux critères sont les principales raisons invoquées. La question de l'adhésion volontaire des patients est posée.

R-2.10.1B Actualiser le plan de mise en œuvre des recommandations du rapport (Villeneuve-Paquet) en respectant une DMS de 15 heures dans les urgences et aucune attente supérieure à 48 heures

Bien que l'engagement soit non atteint, il est réalisé en partie.

Des travaux ont été amorcés afin de prioriser les actions prévues dans le rapport Villeneuve-Paquet. Les bases d'un projet pilote ont été définies, mais l'expérimentation de ce dernier n'a commencé qu'en avril 2014.

L'actualisation du projet a été spécifiquement formulée pour 2014-2015.

Planification stratégique régionale – plan d'action 2013-2014

Accès aux services spécialisés et appui à la première ligne

Sujets	Résultats 2013-2014
Objectif 3.2 Mécanismes de référence aux services médicaux spécialisés	
R-3.2.1A Plan de travail pour l'organisation des trajectoires de services entre la première, deuxième et troisième ligne adopté.	Atteint
R-3.2.1B Poursuivre la réalisation du projet pilote « accès priorisé à son médecin de famille »	Atteint
Objectif 3.4 Révision des processus d'accès aux services diagnostiques	
R-3.4.1A Intégrer de nouveaux laboratoires au corridor du CHU de Québec (pavillon CHUL-HSFA-L'HDQ) et finaliser les travaux avec les laboratoires du corridor du CHU de Québec (pavillons HEJ-HSS) à la livraison de l'application multisites de TD-synergie	Atteint
Objectif 3.6 Modèle régional de gouverne dans la lutte contre le cancer	
R-3.6.1A Respecter le calendrier du plan d'action établi pour l'implantation du programme de lutte contre le cancer	Atteint
R-3.6.2A Le SIC-TO déployé (décembre 2013)	Non atteint
R-3.6.3A Mise en place des lits communautaires complétée	Atteint
Objectif 3.7 Partage des responsabilités entre la première ligne et les services spécialisés	
R-3.7.2 Trajectoire pour la clientèle victime d'un AVC et d'un accident ischémique transitoire (AIT) définie	Atteint

R-3.2.1A Plan de travail pour l'organisation des trajectoires de services entre la première, deuxième et troisième ligne adopté

L'engagement relié à l'adoption d'un plan de travail pour l'organisation des trajectoires de services entre la première, deuxième et troisième ligne est atteint.

R-3.2.1B Poursuivre la réalisation du projet pilote « accès priorisé à son médecin de famille »

Les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement relatif au projet pilote « accès priorisé à son médecin de famille ».

R-3.4.1A Intégrer de nouveaux laboratoires au corridor du CHU de Québec (pavillon CHUL-HSFA-L'HDQ) et finaliser les travaux avec les laboratoires du corridor du CHU de Québec (pavillons HEJ-HSS) à la livraison de l'application multisites de TD-synergie

L'engagement est atteint.

La situation observée au CHU de Québec est tributaire de la disponibilité d'une composante informatique, soit l'interface multisites de TD-synergie. L'action est engagée puisque le projet de mise en place de l'application multisites de TD-synergie est amorcé par le CHU de Québec.

Les travaux d'organisation avec le laboratoire de l'Hôpital Jeffery – Hale-Saint Brigid's sont réalisés.

Les travaux d'organisation avec le laboratoire du CSSS de Portneuf ont été amorcés en 2014 et sa participation est maintenant terminée.

L'année 2014 sera propice à continuer les travaux avec le CHU de Québec et les autres partenaires. L'engagement est atteint pour tous les établissements, que ce soit par une action effectivement engagée ou par une participation amorcée.

La réalisation de ce projet d'envergure progresse bien et se poursuivra en 2014-2015. Cependant, la date finale de mise en ligne n'est pas disponible.

R-3.6.1A Respecter le calendrier du plan d'action établi pour l'implantation du programme de lutte contre le cancer

L'implantation du programme de lutte contre le cancer dans la région de la Capitale-Nationale respecte le calendrier du plan d'action établi. Tous les établissements sont représentés et participent au Comité directeur de lutte contre le cancer.

Toutefois, certains objectifs du plan d'action n'ont pas été atteints pour différentes raisons notamment : la création du CHU de Québec et la réorganisation de la direction responsable du programme de lutte contre le cancer; de nouvelles orientations au plan national qui exigent une réévaluation des priorités régionales; du réajustement au comité directeur régional de lutte contre le cancer en raison du mouvement à la présidence.

L'adoption d'une gouverne régionale en cancérologie en cohérence avec les orientations ministérielles soutiendra l'actualisation des activités prévues au plan d'action.

R-3.6.2A Le SIC-TO déployé (décembre 2013)

L'engagement est non atteint.

La mise en place du registre québécois du cancer (RQC) a influencé la planification, notamment en devançant l'installation SIC-TO au CSSS de Charlevoix. Le RQC a également mobilisé des ressources registraires initialement prévues pour le projet.

L'Agence et le Ministère avaient contribué au financement de la phase 1 du projet, ce qui n'a pas été le cas pour la phase 2. Le CHU de Québec a donc réduit le personnel attitré à ce projet.

Des démarches sont entreprises pour que la phase trois du projet soit inscrite au PTPARI.

R-3.6.3A Mise en place des lits communautaires complétée

L'engagement est atteint.

Le CSSS de Charlevoix a l'intention de développer deux lits de soins palliatifs dans les prochaines années. La direction a déposé à l'Agence un projet pour l'ajout d'un lit de soins palliatifs à l'Hôpital de La Malbaie accompagné d'une demande de financement récurrent pour les ressources humaines adressée au Ministère.

R-3.7.2 Trajectoire pour la clientèle victime d'un AVC et d'un accident ischémique transitoire (AIT) définie

L'engagement relié à la définition d'une trajectoire pour la clientèle victime d'un AVC et d'un accident ischémique transitoire est atteint. L'Agence a mis en place un comité directeur sur le continuum AVC qui assurera la gouverne en lien avec la mise en place du continuum AVC dans la région.

Programme de lutte contre le cancer

L'IUCPQ a été désigné comme centre de référence en cancer du poumon et L'HDQ a été désigné comme centre de référence en cancer de l'œsophage. Le Département de radio-oncologie

respecte les cibles ministérielles soit 90 % de la clientèle traitée dans les 28 jours. La région éprouve de grandes difficultés à répondre à la cible ministérielle de 90 % de la clientèle opérée dans les 28 jours. En 2013-2014, 52 % des personnes atteintes de cancer ont été opérées dans les 28 jours et 77,6 % dans les 56 jours. La région n'atteint pas les cibles fixées par le Ministère pour la transmission des données au RQC, principalement en raison de la pénurie de registraires.

Programme de soins palliatifs

Une formation portant sur l'accompagnement au quotidien a été offerte à 45 intervenants des CHSLD : infirmières, infirmières auxiliaires, préposés et travailleurs sociaux. La formation *E-learning* sur le protocole de détresse est terminée et sera disponible à l'automne 2014.

Projet de démonstration de la prise en charge de la phase hyperaiguë de l'accident vasculaire cérébral par l'entremise de la téléthrombolyse

En 2013-2014, l'Agence a agi à titre de pilote dans le cadre d'un projet de démonstration pour la prise en charge de la phase hyperaiguë de l'accident vasculaire cérébral (AVC) par l'entremise de la téléthrombolyse sur le territoire du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval, mandat confié par le Ministère. Ce projet novateur comportant trois volets (organisationnel, clinique et technologique) se démarque par la mise en place d'un accès à la télésanté en mode urgence, l'organisation d'une garde suprarégionale et l'application par les centres hospitaliers participants d'un protocole clinique normalisé.

Le projet a rejoint sept régions administratives (01, 02, 03, 09, 10, 11 et 12) totalisant 21 centres hospitaliers. Le projet est lancé depuis janvier 2014 et plusieurs cas ont été réalisés avec succès, améliorant ainsi de façon significative la qualité de vie des personnes.

Traumatologie dans Charlevoix

Conformément à la proposition ministérielle concernant le statut de centre primaire de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul du CSSS de Charlevoix, l'Agence a mis en place un comité de travail régional visant à actualiser les recommandations, notamment la mise en place d'un projet pilote, dont la durée sera de 36 mois. Les prochaines étapes viseront essentiellement les services préhospitaliers d'urgence, les particularités du territoire de Charlevoix de même que la formation des techniciens ambulanciers paramédics (TAP), en prévision de la mise en place du projet pilote.

Services préhospitaliers d'urgence 2013-2014

Formation des techniciens ambulanciers paramédics

L'Agence poursuit le plan de formation des TAP conformément au plan triennal de formation 2013-2016 proposé par le Ministère. En ce sens, les formations constats de décès à distance, nouvelle procédure de transmission électrocardiogramme (ECG), dyspnée sévère jour 1 et 3, une mise à jour PICTAP 2013 ainsi qu'une formation régionale sera dispensée à l'ensemble des TAP de la région. L'Agence se dotera, au cours de la prochaine année, d'un centre de formation régional pour les TAP. Il s'agira du deuxième centre de formation national existant au niveau provincial, l'autre appartenant à la coopération d'Urgences-santé. Selon l'échéance des travaux planifiés, nous prévoyons que le centre de formation sera fonctionnel vers le mois de mai 2015. Cette nouvelle acquisition facilitera grandement les rôles et responsabilités de l'Agence en lien

au plan triennal de formation du Ministère concernant les personnes dispensant des services préhospitaliers d'urgence.

Services de premiers répondants

Au cours du mois de septembre 2013, des ententes ont été conclues afin que l'Agence soutienne le service des premiers répondants de la base militaire de Valcartier. Ce service fait donc partie des équipes des premiers répondants soutenues par l'Agence sur le territoire de la région administrative de la Capitale-Nationale. Afin de répondre aux besoins de formation et de mise à jour des membres des services de premiers répondants des municipalités en lien avec les orientations ministérielles, l'Agence est à finaliser la formation des équipes des formateurs et d'assistant-formateur qui seront en mesure de dispenser les formations aux équipes de premiers répondants. Les services de premiers répondants constituent un maillon important des services préhospitaliers d'urgence et le travail s'effectue dans un mode de collaboration renouvelé avec les différentes équipes en place.

Centre de communication santé des capitales

Le Centre de communication santé des Capitales (CCSC) est le troisième en importance au Québec. Ces installations ne répondant plus au besoin de plus en plus grandissant, le CCSC déménagera dans de nouveaux locaux au cours de l'année 2015. D'autre part, lors de son aménagement dans leurs nouveaux locaux, le CCSC pourra compter sur une nouvelle répartition assistée par ordinateur. À cette fin, le processus d'appel d'offres pour l'acquisition d'une nouvelle répartition assistée par ordinateur sera lancé.

Objectifs 2013-2014

L'Agence, de concert avec l'IUCPQ, L'HDQ du CHU de Québec, et l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) de l'Hôtel-Dieu de Lévis, poursuivent le déploiement du projet de transmission de l'ECG 12 dérivations (ECG-12D). Ce projet permettra de diriger directement les patients ayant des signes et symptômes d'infarctus du myocarde vers un des deux centres d'hémodynamie de la région de la Capitale-Nationale. L'objectif étant d'appliquer le protocole d'angioplastie primaire le plus rapidement possible afin de diminuer la morbidité et la mortalité dans la région. Afin d'accentuer l'efficience et l'efficacité de ce protocole, une nouvelle procédure de transmission d'ECG à l'UCCSPU de l'Hôtel-Dieu de Lévis sera disponible au cours de l'automne. D'ailleurs, depuis la mise en place de cette procédure en 2012, plusieurs patients ont bénéficié de cette trajectoire de services.

Sécurité civile

L'Agence a collaboré à plusieurs dossiers portant sur la sécurité civile en collaboration avec de multiples partenaires au cours de la dernière année.

Citons à titre d'exemple :

- l'élaboration du plan d'intervention en cas d'éclosion de légionellose pour la région de la Capitale-Nationale;
- la poursuite des travaux sur les risques suivants : la pénurie d'eau, la fermeture du pont de Québec et du pont Pierre-Laporte, les séismes, principalement pour la région de Charlevoix;
- la conception d'une trajectoire pour la prise en charge de plusieurs victimes de brûlures graves lors d'un sinistre.

L'Agence a poursuivi sa participation au sous-comité de pilotage sur les risques chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosifs. Ce comité est à finaliser deux guides; le premier porte sur la gestion des colis suspects et vient spécifier le rôle et les responsabilités du réseau sociosanitaire dans une telle situation, et le second aborde le sujet de la décontamination des personnes contaminées se présentant dans un établissement du réseau de la santé. À la suite du dépôt de ces guides, les établissements devront mettre à jour leurs plans d'intervention.

Différents événements ayant nécessité la coordination de la sécurité civile de l'Agence sont survenus, que l'on pense aux inondations de 2013 et au soutien apporté lors de l'événement survenu à Lac-Mégantic.

L'année à venir sera influencée par le dépôt au printemps 2014 de la politique ministérielle de sécurité civile du Ministère entraînant, entre autres, la mise à jour du plan régional de sécurité civile.

Prévention et gestion des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont considérées par l'Organisation mondiale de la Santé comme un fléau en raison de leur prévalence très importante. C'est ainsi que, dans sa planification stratégique 2010-2015, l'Agence avait comme objectif régional de « *Mettre en place le modèle régional de prévention et gestion des maladies chroniques en favorisant l'autogestion et la réadaptation dans un continuum de soins* », auquel adhèrent les directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de la région. En 2013-2014, les principaux programmes et services offerts en première ligne pour la gestion des maladies chroniques, avec la collaboration de nos différents partenaires des réseaux locaux de service, sont :

- les différents programmes de la santé publique (0-5-30, CAT, PCP, etc.);
- le programme Alliance, pour les grands utilisateurs avec des besoins complexes, a offert des services à plus de 515 personnes différentes;
- le programme de réadaptation Traité santé, pour les personnes atteintes de maladies chroniques, a offert des services à 1 611 personnes différentes, dont 902 nouveaux inscrits dans l'année;
- les services offerts en GMF et en CRQ par leurs médecins, infirmières et autres professionnels.

DONNÉES FINANCIÈRES

DONNÉES FINANCIÈRES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION ET AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

Budget net de fonctionnement des établissements

Année financière 2013-2014

Nom	Budget net de fonctionnement 2013-2014 (note 1)	Budget net de fonctionnement 2012-2013 (note 1)	Budget net Écart 2013-2014 et 2012-2013	Surplus (déficit) Selon as-471 2013-2014	Surplus (déficit) Selon as-471 2012-2013	Écart 2013-2014 et 2012-2013
				Activités principales et accessoires		
				P.358 c.4	P.358 c.4	
CENTRES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE						
CHU de Québec	861 873 634 $	853 529 214 $	8 344 420 $	(878 833 $)	7 210 722 $	(8 089 555 $)
IUSMQ	113 418 785 $	113 209 604 $	209 181 $	1 497 911 $	5 855 507 $	(4 357 596 $)
IUCPQ	196 981 440 $	194 921 309 $	2 060 131 $	2 257 051 $	89 308 $	2 167 743 $
Sous-total	**1 172 273 859 $**	**1 161 660 127 $**	**10 613 732 $**	**2 876 129 $**	**13 155 537 $**	**(10 279 408 $)**
CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE						
Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's	25 421 732 $	25 051 878 $	369 854 $	9 920 $	5 680 $	4 240 $
Sous-total	**25 421 732 $**	**25 051 878 $**	**369 854 $**	**9 920 $**	**5 680 $**	**4 240 $**
CENTRES DE RÉADAPTATION						
CRDQ	8 841 496 $	8 699 044 $	142 452 $	(108 639 $)	8 249 $	(116 888 $)
IRDPQ	58 514 091 $	58 040 278 $	473 813 $	784 083 $	(1 537 303 $)	2 321 386 $
CRDI de Québec	64 548 496 $	62 736 156 $	1 812 340 $	(318 278 $)	96 307 $	(414 585 $)
Sous-total	**131 904 083 $**	**129 475 478 $**	**2 428 605 $**	**357 166 $**	**(1 432 747 $)**	**1 789 913 $**
CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX						
CSSS de Portneuf	46 132 138 $	44 677 865 $	1 454 273 $	137 101 $	85 442 $	51 659 $
CSSS de la Vieille-Capitale	222 652 775 $	215 437 673 $	7 215 102 $	384 884 $	201 083 $	183 801 $
CSSS de Québec-Nord	161 581 381 $	159 005 659 $	2 575 722 $	753 231 $	784 543 $	(31 312 $)
CSSS de Charlevoix	85 131 925 $	81 961 716 $	3 170 209 $	194 956 $	985 729 $	(790 773 $)
Sous-total	**515 498 219 $**	**501 082 913 $**	**14 415 306 $**	**1 470 172 $**	**2 056 797 $**	**(586 625 $)**
CENTRE DE PROTECTION ENFANCE-JEUNESSE CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION						
Les centres jeunesse de Québec	91 326 458 $	87 720 267 $	3 606 191 $	2 772 739 $	2 670 665 $	102 074 $
Sous-total	**91 326 458 $**	**87 720 267 $**	**3 606 191 $**	**2 772 739 $**	**2 670 665 $**	**102 074 $**
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PRIVÉS CONVENTIONNÉS						
CH Notre-Dame du Chemin (fermeture en cours)	2 503 943 $	3 437 656 $	(933 713 $)			
La Champenoise (Corporation N.-D. de Bon-Secours)	520 932 $	505 747 $	15 185 $			

Nom	Budget net de fonctionnement 2013-2014 (note 1)	Budget net de fonctionnement 2012-2013 (note 1)	Budget net Écart 2013-2014 et 2012-2013	Surplus (déficit) Selon as-471 2013-2014	Surplus (déficit) Selon as-471 2012-2013	Écart 2013-2014 et 2012-2013
				Activités principales et accessoires		
				P.358 c.4	P.358 c.4	
Centre d'hébergement du Boisé ltée	5 214 366 $	5 092 819 $	121 547 $			
Hôpital Ste-Monique	4 165 966 $	4 052 543 $	113 423 $			
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes	21 643 532 $	18 774 748 $	2 868 784 $			
Centre hospitalier Saint-François inc.	2 328 119 $	2 253 918 $	74 201 $			
Centre d'hébergement Champlain-des-Montagnes	6 529 683 $	6 359 678 $	170 005 $			
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi de Saint-Augustin	6 068 420 $	5 895 543 $	172 877 $			
Sous-total	48 974 961 $	46 372 652 $	2 602 309 $			
SOMMAIRE						
CENTRES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE	1 172 273 859 $	1 161 660 127 $	10 613 732 $	2 876 129 $	13 155 537 $	(10 279 408 $)
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE	25 421 732 $	25 051 878 $	369 854 $	9 920 $	5 680 $	4 240 $
CENTRES DE RÉADAPTATION	131 904 083 $	129 475 478 $	2 428 605 $	357 166 $	(1 432 747 $)	1 789 913 $
CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	515 498 219 $	501 082 913 $	14 415 306 $	1 470 172 $	2 056 797 $	(586 625 $)
CENTRE DE PROTECTION ENFANCE-JEUNESSE CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION	91 326 458 $	87 720 267 $	3 606 191 $	2 772 739 $	2 670 665 $	102 074 $
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PRIVÉS CONVENTIONNÉS	48 974 961 $	46 372 652 $	2 602 309 $			
TOTAL	**1 985 399 312 $**	**1 951 363 315 $**	**34 035 997 $**	**7 486 126 $**	**16 455 932 $**	**(8 969 806 $)**

Note 1 : Ne tient compte que des sommes inscrites aux extrants budgétaires du système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R)

Ressources financières – Réseau

Financement des services

Au début de l'exercice, l'Agence a obtenu du financement additionnel pour couvrir l'augmentation des salaires du personnel, la croissance des autres dépenses ainsi que l'impact sur les régimes sociaux publics (52,5 M$). De plus, une somme de 7,8 M$ a été allouée afin de soutenir la croissance des coûts des médicaments, des fournitures médicales et avec le solde, soutenir l'ensemble des établissements selon une répartition convenue.

Le Ministère a par ailleurs poursuivi l'application des mesures de réduction et l'Agence s'est vue imposer une diminution de crédits de 28,9 M$ dont 1,2 M$ pour la poursuite de la réduction des dépenses de nature administrative (impact du projet de loi n° 100) et 27,7 M$ pour des efforts d'optimisation.

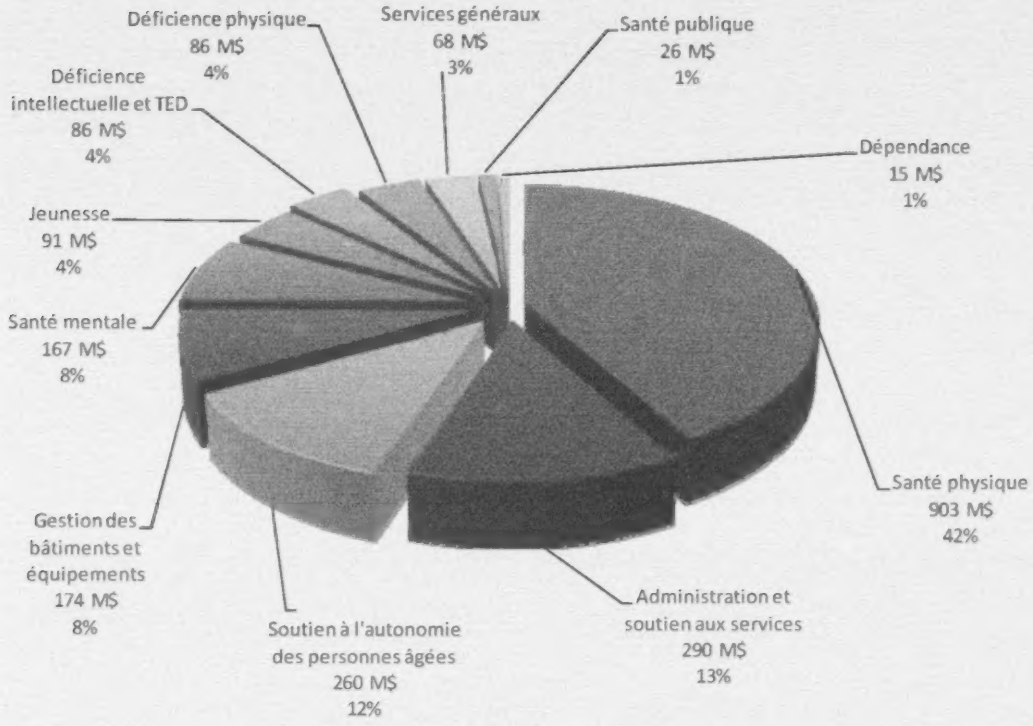
Au cours de l'exercice, le Ministère a accordé des budgets additionnels de 95,5 M$ qui se répartissent comme suit :

	M$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	10,5
Déficience intellectuelle et TED	2,0
Déficience physique	20,4
Dépendance	0,9
Santé mentale	4,7
Santé physique	31,4
Jeunesse	3,5
Santé publique	1,2
Services généraux	3,5
Gestion des bâtiments et équipements	4,4
Administration	13,0
Total	**95,5**

Ces ajouts de crédits comprennent, entre autres, 42,5 M$ pour les mesures des nouvelles conventions collectives, 5,9 M$ pour l'entente de conciliation avec les physiothérapeutes, 1,4 M$ pour les primes aux psychologues, 17,6 M$ pour les ressources intermédiaires et alternatives, 18,2 M$ pour le désengorgement des urgences et 4,1 M$ pour du développement pour le programme de soutien à l'autonomie et des soins palliatifs aux personnes âgées. En santé physique, les sommes obtenues, soit 16,1 M$, visent le financement des volumes additionnels en chirurgie.

La figure ci-dessous présente la répartition, par programme de service, de l'utilisation de l'enveloppe régionale pour l'exercice 2013-2014, qui totalise 2 165 M$. Cette figure précise notamment que l'Agence a investi 903 M$ en santé physique, soit 42 % de l'enveloppe régionale.

Répartition de l'enveloppe 2013-2014 par programme



Suivi financier du réseau

Ressources financières – Réseau

Pour l'année 2013-2014, la situation financière des établissements publics de la région de la Capitale-Nationale s'est maintenue par rapport à l'exercice précédent. Deux établissements ont dû présenter un plan d'équilibre budgétaire en cours d'exercice. L'effort soutenu des établissements a contribué à présenter ce portrait financier.

Autorisation d'emprunt

Au cours de l'année 2013-2014, l'Agence a émis trois autorisations d'emprunts pour des projets d'immobilisations autofinancés, totalisant la somme de 16 999 884 $, ce qui représente le montant initialement approuvé.

Établissement	Nombre d'emprunts	Emprunt total
IUSMQ	1	1 126 200 $
CHU de Québec	1	10 950 000 $
CSSS de la Vieille-Capitale	1	4 923 684 $
Total	3	16 999 884 $

Volet « Immobilisations »

Chaque année, le Ministère alloue à l'Agence un budget pour maintenir ou rénover le parc immobilier de sa région. Cet exercice permet à chaque établissement de préparer un Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI). Ainsi, pour l'année 2013-2014, la région a reçu 2 548 000 $ pour le volet « rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD », 12 816 556 $ pour le volet « rénovations fonctionnelles pour les établissements autres que les CHSLD », 33 839 983 $ pour le volet « maintien d'actifs » et 17 436 150 $ pour le volet « résorption de déficit en maintien d'actifs ».

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières 2013-2016
Enveloppes budgétaires 2013-2014 accordées aux établissements

	Rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD	Rénovations fonctionnelles autres que les CHSLD	Maintien d'actifs	Résorption de déficit en maintien d'actifs
CSSS de Charlevoix	150 000 $	267 157 $	1 253 157$	225 683 $
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	195 000 $	100 000 $	537 087 $	230 956 $
IUSMQ	0 $	1 219 797 $	4 576 856 $	1 898 436 $
CHU de Québec (HEJ et HSS)	0 $	1 529 423 $	5 545 404 $	2 302 309 $
IUCPQ	0 $	847 986 $	3 074 639 $	1 254 779 $
CSSS de la Vieille-Capitale	975 000 $	171 657 $	2 348 640 $	966 310 $
CSSS de Québec-Nord	650 000$	180 707 $	1 679 974 $	649 184 $
CSSS de Portneuf	190 000 $	97 592 $	773 918 $	329 191 $
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	0 $	29 498 $	106 955 $	0 $
Centre d'hébergement du Boisé ltée	0 $	0 $	43 234 $	0 $
CHU de Québec (L'HDQ, CHUL et HSFA)	125 000 $	2 388 387 $	8 744 900 $	3 230 576 $
IRDPQ	0 $	416 101 $	1 508 704 $	648 769 $
CRDIQ	0 $	85 342 $	309 434 $	125 493 $
CJQ	0 $	220 387 $	799 082 $	343 619 $
Établissements privés conventionnés	263 000 $	0 $	0 $	0 $
Frais de gestion alloués à l'Agence par le Ministère	0 $	225 000 $	N/A	N/A
Réserve régionale pour des projets spéciaux ou urgents	0 $	5 036 622 $	2 537 999 $	5 230 845 $
Total	**2 548 000 $**	**12 816 556 $**	**33 839 983 $**	**17 436 150 $**

Ces allocations budgétaires sont attribuées en fonction de la valeur de remplacement ajustée des installations de chacun des établissements.

Les réserves régionales 2013-2014 des trois enveloppes ont été utilisées pour le financement des projets suivants :

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières 2013-2016
Réserves régionales 2013-2014 engagées à ce jour par établissement et par projet

	Rénovations fonctionnelles autres que les CHSLD	Maintien d'actifs	Résorption de déficit en maintien d'actifs
CSSS de Charlevoix			
▪ Provision pour l'agrandissement et la transformation du Centre Pierre-Dupré	2 000 000 $		
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		263 000 $	
▪ Remplacement du serpentin de préchauffage à vapeur HBSP			120 000 $
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's			
▪ Pavillon Jeffery Hale : réserve travaux maintien d'actifs (3 de 3)			2 000 000 $
▪ Saint Brigid's : contrôle d'accès et séparation du secteur occupé par les patients de l'HEJ	75 000 $		
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		387 100 $	
IUSMQ			
▪ Remplacement des fenêtres de la façade « ouest » (phase 5)			400 000 $
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		425 000 $	
▪ Réaménagement des unités HJKL-5000 « unités transitoires de 64 lits en CHSLD » (RÉCUPÉRATION)	(225 000 $)	(800 000 $)	
▪ Aménagement pour le service de réadaptation M-44 et M-45	369 800 $	138 000 $	
▪ Mise aux normes des escaliers d'issue des cours extérieures (secteurs L et M)		200 000 $	
▪ Relocalisation des ressources externes au pavillon Landry-Poulin (Clinique Notre-Dame des Victoires) – Bloc #1 du PDI de l'IUSMQ 2012-2020	232 200 $		
▪ Relocalisation des ressources externes au pavillon Landry-Poulin (Faubourg St-Jean) – Bloc #1 du PDI de l'IUSMQ 2012-2020	562 000 $		
CHU de Québec (HEJ et HSS)			
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		150 000 $	
▪ Récupération 4 de 5 d'une avance de fonds de 867 000 $ pour salles de mécanique	(173 400 $)		

	Rénovations fonctionnelles autres que les CHSLD	Maintien d'actifs	Résorption de déficit en maintien d'actifs
▪ Réorganisation régionale des services en oto-rhino-laryngologie (volet administratif)	500 000 $		
▪ Récupération d'une portion du financement projet CUO (volet administratif)	(160 675 $)		
▪ Montant additionnel – Organisation régionale du service de l'unité de plastie à l'HEJ	50 281 $		
▪ Aménagement d'une unité d'hospitalisation brève (UHB) à l'aile C-4000 de l'HEJ	1 000 000 $		
▪ Rehaussement du bloc opératoire à l'HSS	1 000 000 $		
IRDPQ			
▪ Réfection majeure de l'entrée électrique – Site Hamel			1 845 000 $
▪ Remplacement de compteurs d'eau (sites Hamel et St-Louis)		10 000 $	
IUCPQ			
▪ Remboursement 1 de 2 sur 2 ans à raison de 350 000 $ / an (avance de fonds de 700 000 $ pour remplacement de composantes désuètes du réseau de distribution électrique)		(350 000 $)	
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		285 500 $	
▪ Contribution Agence pour vétusté de l'ascenseur au pavillon Notre-Dame			400 000 $
▪ Remplacement de la 1re caméra ADAC	200 000 $		
▪ Remplacement salle d'hémodynamie H4	200 000 $		
▪ Projet apnée du sommeil	1 000 000 $		
CSSS de Québec-Nord			
▪ Récupération d'un montant de 400 000 $ au projet de renforcement parasismique du Centre d'hébergement Saint-Augustin		(400 000 $)	
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		183 600 $	
CSSS de Portneuf			
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		343 700 $	
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale			
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		8 053 $	
Centre Jeunesse de Québec			
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		54 200 $	

	Rénovations fonctionnelles autres que les CHSLD	Maintien d'actifs	Résorption de déficit en maintien d'actifs
CHU de Québec (L'HDQ, CHUL et HSFA)			
▪ Installation d'un 1er TDM à L'HDQ	100 000 $		
▪ Remplacement du simulateur fluoroscopique à L'HDQ	100 000 $		
▪ Mise en place de la Clinique de procréation médicalement assistée et des activités de gynécologie dans une nouvelle construction (en attente de l'autorisation du Ministère)	2 386 000 $		
▪ Remplacement du 1er TDM à l'HSFA	100 000 $		
▪ Installation de 2 caméras Spec-CT en imagerie médicale à l'HSFA	200 000 $		
▪ Installation d'une caméra Spec-CT en imagerie médicale au CHUL	100 000 $		
▪ Aménagement de l'oncologie pédiatrique dans l'ellipse du CHUL (2 M$, dont 1 M$ en 2013-2014 et 1 M$ en 2014-2015)	1 000 000 $		
▪ Remboursement sur 5 ans à raison de 371 000 $ / an (avance de fonds de 1,855 M$ en 2008-2009 pour la modernisation du circuit du médicament du CHU de Québec et installation d'appareils PACS – Fin 2013-2014)	(371 000 $)		
▪ Récupération de 1 M$ en maintien d'actifs (édifice Nazareth)		(1 000 000 $)	
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		525 000 $	
▪ Contribution additionnelle en maintien d'actifs UMF Saint-François d'Assise			150 000 $
CRDIQ			
▪ Aménagement d'un centre de jour pour polyhandicapés	350 000 $		
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		13 600 $	
▪ Problématique de fissures aux fondations du pavillon La Triade		800 000 $	
CSSS de la Vieille-Capitale			
▪ Rénovation du bâtiment abritant la centrale thermique (phase 5)		500 000 $	
▪ Installation de dispositifs antirefoulement et de compteurs d'eau		1 020 400 $	
Centre d'hébergement du Boisé ltée			
▪ Réfection du débarcadère de livraison (avance de fonds – Remboursement en 2013-2014)		(4 541 $)	
▪ Installation de 2 dispositifs antirefoulement sur les circuits au glycol du réseau des gicleurs (avance de fonds – Remboursement en 2013-2014)		(10 000 $)	

	Rénovations fonctionnelles autres que les CHSLD	Maintien d'actifs	Résorption de déficit en maintien d'actifs
▪ Installation de 2 dispositifs antirefoulement sur les circuits au glycol du réseau des gicleurs		6 887 $	
TOTAL DES ENGAGEMENTS 2013-2014	**10 595 206 $**	**2 749 499 $**	**4 915 000 $**
Total des réserves 2013-2014	**5 036 622 $**	**2 537 999 $**	**5 230 845 $**
Solde des réserves des années antérieures	**6 630 509 $**	**981 485 $**	**0 $**
Solde disponible à reporter en 2014-2015	**1 071 925 $**	**769 985 $**	**315 845 $**

Les soldes non utilisés des réserves régionales en maintien d'actifs, en résorption de déficit en maintien d'actifs et en rénovations fonctionnelles pour les projets spéciaux ou urgents de l'exercice courant (2013-2014) seront ajoutés aux réserves du prochain exercice financier (2014-2015).

Voici la liste des projets de construction et de rénovations fonctionnelles de plus de 5 M$:

Projets de 5 M$ à 50 M$

Projet	Étape autorisée	Coûts connus au 31 mars 2014
IUCPQ – Relocalisation de l'imagerie médicale et ajout d'un 2e tomodensitomètre	Programme fonctionnel et technique	9,0 M$
CHUL – Clinique de procréation médicalement assistée		28,4 M$
Hôpital Ste-Monique – Relocalisation du CHSLD de 64 lits, privé conventionné		18,5 M$
Rénovations majeures du Centre d'hébergement St-Augustin à Beauport	Conception	28,6 M$
IUCPQ – Agrandissement pour le service d'électrophysiologie		25.8 M$
Région 03 – Construction d'une nouvelle buanderie régionale (Partagec)		30,1 M$
Agrandissement du site Cardinal-Villeneuve de l'IRDPQ	Exécution	30,9 M$
Centre de recherche de l'IUCPQ – Lot C de la phase 3		8,3 M$
Centre de recherche de l'IUCPQ – Phase 4 du projet		23,1 M$
Rénovations fonctionnelles reliées au plan directeur immobilier de l'IUSMQ – Autofinancé		40,9 M$

Projets de 50 M$ et plus

Projet	Étape autorisée	Coûts connus au 31 mars 2014
Nouveau complexe hospitalier du CHU de Québec sur le site de l'HEJ	Dossier d'opportunité	1 975 M$
HEJ – Nouvelle construction – Sciences neurologiques		Inclus dans le projet ci-haut
Réutilisation des bâtiments actuels de L'HDQ		480 M$
Construction d'un nouvel hôpital à La Malbaie		En évaluation
Construction d'un nouvel hôpital à Baie-Saint-Paul	Dossier d'affaires	376 M$

De plus, le Ministère a accordé des montants dédiés spécifiquement au financement (partiel ou global) de certains projets à priorité ministérielle aux établissements suivants :

CSSS de la Vieille-Capitale :

- Un montant de 500 000 $ autorisé le 12 avril 2013 pour financer la réalisation des mesures de développement durable (projet d'économie d'énergie).

CHU de Québec :

- Un montant de 1 000 000 $ autorisé le 21 mai 2013 pour financer la réalisation des mesures de développement durable (projet d'économie d'énergie);
- Un montant de 406 750 $ autorisé le 29 août 2013 pour compléter le financement (25 %) du projet d'aménagement permanent de la dégénérescence maculaire liée à l'âge au 1er étage de l'aile C de l'Hôpital du Saint-Sacrement, incluant la relocalisation de l'échographie et de la mammographie dans l'aile O-100 ainsi que l'acquisition du mobilier et de l'équipement.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec :

- Un montant de 411 000 $ autorisé le 26 juillet 2013 pour compléter le financement (25 %) du projet d'agrandissement et de réaménagement de l'urgence.

Volet « Équipement »

Attribution du fonds régional en équipement 2013-2014

Région 03 – Plan de conservation en équipement et mobilier – Volet équipement médical – Quote-part aux établissements	20 486 808 $
Région 03 – Plan de conservation en équipement et mobilier – Volet équipement non médical et mobilier – Quote-part aux établissements	4 530 123 $
Réserve régionale – Volet équipement médical	2 410 213 $
Réserve régionale – Volet équipement non médical et mobilier	238 428 $
Sous-total	**27 665 572 $**

Utilisation de la réserve régionale en équipement médical 2013-2014

▪ CHU de Québec / HEJ – Acquisition d'un tomographe axial	375 000 $
▪ CHU de Québec / HSFA – Acquisition d'un tomographe axial	375 000 $
▪ IUCPQ – Acquisition d'une tour d'endoscopie et de sondes (endoscopie digestive)	400 000 $
▪ Projet régional de remplacement des pompes à perfusion – Phase 2 (CHU de Québec et IUCPQ)	1 500 000 $
▪ Mise à niveau du parc régional de pompes à thérapie négative : remplacement de 31 pompes à thérapie négative (CSSS de Québec-Nord)	150 000 $
▪ Projet régional : systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) – Phase 3	249 788 $
Total	**3 049 788 $**

Variation de la réserve régionale en équipement médical 2013-2014

Transfert de l'enveloppe équipement médical vers l'enveloppe équipement non médical et mobilier (CRDQ, CJQ, CRDIQ)	84 024 $
Réserve régionale (solde des années antérieures)	1 376 815 $
Réserve régionale 2013-2014	2 410 213 $
Utilisation de la réserve en équipement médical 2013-2014	(3 049 788) $
Solde de fonds pour les imprévus et les projets régionaux et spéciaux pour 2013-2014 (ce solde sera reporté dans la réserve 2014-2015)	**821 264 $**

Utilisation de la réserve régionale en équipement non médical et mobilier 2013-2014

Région 03 – Réserve pour véhicules adaptés	16 100 $
Total	**16 100 $**

Variation de la réserve régionale en équipement non médical et mobilier 2013-2014

Transfert de l'enveloppe équipement médical vers l'enveloppe équipement non médical et mobilier (CRDQ, CJQ, CRDIQ)	(84 024) $
Réserve régionale (solde des années antérieures)	54 395 $
Réserve régionale 2013-2014	238 428 $
Utilisation de la réserve en équipement non médical et mobilier 2013-2014	(16 100) $
Solde de fonds pour les imprévus et les projets régionaux et spéciaux pour 2013-2014 (ce solde sera reporté dans la réserve régionale 2014-2015)	**192 699 $**

Utilisation de l'enveloppe consolidation de services des années antérieures

▪ CSSS de Charlevoix – Civière pèse-personnes	8 000 $
▪ IUCPQ – Console PACS	12 000 $
Total	**20 000 $**
Solde antérieur	421 533 $
Récupération de soldes de projets	22 694 $
Enveloppe de consolidation de services 2013-2014	0 $
Solde de fonds pour les imprévus et les projets régionaux et spéciaux pour 2013-2014 (ce solde sera reporté dans la réserve régionale 2014-2015)	**424 227 $**

Autorisations particulières 2013-2014 « Fonds d'équipement : ajout d'équipement »	
▪ CHU de Québec / HEJ – Acquisition d'un appareil d'échographie	140 000 $
Sous-total	**140 000 $**

Aides techniques aux personnes handicapées – Subvention récurrente 2013-2014	
▪ IUCPQ – Aides à la ventilothérapie à domicile et appareils amortissables en oxygénothérapie (fiduciaire national) : acquisition ou renouvellement de l'équipement pour le service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile (réserve Agence)	142 524 $
Sous-total	**142 524 $**

Équipement – Soutien à domicile – Subvention non récurrente 2013-2014	
▪ CSSS de Québec-Nord – Parc régional centralisé des aides techniques – Financement de l'équipement amortissable acquis en cours d'année relativement aux aides à la vie quotidienne et à la vie domestique	212 613 $
Sous-total	**212 613 $**

Dépenses de nature capitalisable 2013-2014	
Sous-total	2 594 202 $

TOTAL GLOBAL DES INVESTISSEMENTS « VOLET ÉQUIPEMENT »	30 754 911 $

Subvention de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) 2013-2014	
▪ Financement de 9 projets divers	1 084 990 $
Total	**1 084 990 $**

Subventions aux organismes communautaires

L'Agence a mis sur pied, le 12 mars 1998 (résolution 45-CA-07), la *Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires*. Cette politique a été mise à jour en décembre 2004. En adoptant cette politique, elle s'est donné des orientations et un cadre de référence dans ses rapports de partenariat avec les organismes communautaires qui agissent dans le secteur de la santé et des services sociaux dans la région de la Capitale-Nationale.

Cette politique précise notamment les modes de financement des organismes communautaires (principalement par le Programme de soutien aux organismes communautaires [PSOC]) ainsi que les critères d'admissibilité au financement et à la reddition de comptes.

Le soutien financier accordé aux organismes communautaires pour l'année financière 2013-2014 l'a été dans le respect des orientations et des normes édictées par cette politique.

Type d'organismes communautaires au PSOC	Nombre d'organismes
▪ Organismes en promotion et services	209
▪ Organismes en maintien à domicile	29
Total	**238**

Subventions aux organismes communautaires

Sommaire	
Programme de soutien aux organismes communautaires	
Financement de base	
Aide et entraide	10 688 337 $
Sensibilisation, promotion et défense des droits	1 858 294 $
Hébergement communautaire	6 558 730 $
Milieux de vie	14 638 393 $
Financement par objectifs	6 463 651 $
Sous-total	**40 207 405 $**
Plan d'action régional de santé publique	
Violence, abus et négligence envers les enfants	
et troubles de comportement des jeunes	15 296 $
Violence faite aux femmes en milieu familial	36 789 $
Toxicomanie	20 691 $
Santé mentale	64 663 $
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	114 752 $
Lutte à la pauvreté	152 650 $
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	658 387 $
Sous-total	**1 063 228 $**
Autres sources de financement	
Programme santé mentale	2 115 007 $
Autres programmes	342 142 $
Programme d'aide aux joueurs pathologiques	125 155 $
Sous-total	**2 582 304 $**
TOTAL	**43 852 937 $**

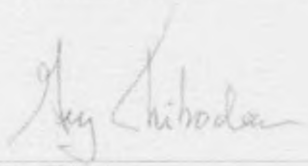
Déclaration de fiabilité et approbation de l'Agence

Exercice terminé le 31 mars 2014

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats et spécifiquement, au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans ce rapport annuel de gestion 2013-2014 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ainsi que les contrôles y afférant, sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.



Guy Thibodeau
Président-directeur général

Rapport de la direction

Exercice terminé le 31 mars 2014

Le rapport financier annuel du 31 mars 2014, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'Agence qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-475 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2014 transmis au Ministère soient identiques. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'Agence.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'Agence conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Guy Thibodeau
Président-directeur général

Manon Bisson, CPA, CGA
Directrice régionale du financement
et des projets d'optimisation

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-5939
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de
Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2014 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Membre de Grant Thornton International Ltd

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.[1]

Québec
Le 11 août 2014

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A119912

État du suivi des réserves, des commentaires et des observations formulés par l'auditeur indépendant

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2013-2014	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes :						
Colonne 3 :			**Colonnes 5, 6 et 7 :**			
R pour réserve			**R pour réglée**			
O pour observation			**PR pour partiellement réglée**			
C pour commentaire			**NR pour non réglée**			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Contrats de locations d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société Québécoise des	2011-12	R				NR
Infrastructures ne sont pas comptabilisés comme étant des contrats de						
location-exploitation.						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou visés à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Rapport à la gouvernance						
Services préhospitaliers d'urgence: lors de la validation de la suite numérique des formulaires AS-810, certains formulaires sont manquants, le système SISPUQ ne fournit aucune information concernant lesdits formulaires manquants.	2008-09	C	Il s'agit d'une lacune connue par le MSSS et l'Agence, la production d'un formulaire électronique est à l'étude.			NR
Écriture de journal : les écritures de journal sont approuvées par une personne, mais aucun contrôle n'est effectué à la liste numérique.	2011-12	C	L'Agence est en changement de système comptable, ce processus sera assurément révisé.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou visés à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Rapport à la gouvernance						
Signature électronique et approbation des chèques émis: étant donné la signature électronique des chèques, un employé pourrait émettre un chèque sans l'approbation réelle des signataires.	2012-2013	C	Approbation électronique effectuée par l'un des signataires.	R		
Gestion de l'accès à distance : aucun test d'intrusion n'a été effectué au cours des dernières années, ce qui a pour effet d'augmenter le risque d'accès non autorisés au système comptable et aux données.	2013-2014	C	La DRTI de l'Agence planifie faire des tests d'intrusion au cours de l'exercice 2014-2015.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2013-2014	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes :						
Colonne 3 :			**Colonnes 5, 6 et 7 :**			
R pour réserve			**R pour réglée**			
O pour observation			**PR pour partiellement réglée**			
C pour commentaire			**NR pour non réglée**			
Continuité des opérations: il n'existe aucun plan de relève permettant de relever les activités jugées essentielles suite à un désastre.	2013-2014	C	La DRITMÉ a débuté l'évaluation du travail. Il existe actuellement un plan de relève informel. Nous planifions terminer le plan au cours de l'exercice 2014-2015.			NR

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou visés à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres

Rapport à la gouvernance

6) Gestion de l'accès des utilisateurs au système comptable: deux personnes de l'équipe de comptabilité ont des droits d'accès "administrateur" dans le nouveau système comptable et gère les accès des utilisateurs ce qui a pour effet d'augmenter le risque que les droits soient inappropriés, laissant la porte ouverte aux fraudes et autres délits. Par contre il demeure un accès indépendant au serveur du système comptable ce qui permet de minimiser ce risque.	2013-2014	C	La sécurité du nouveau système comptable est effectuée par deux pilotes de système car le logiciel est en implantation. Les rôles et groupes d'utilisateurs ont été définis par les responsables des neufs agences impliquées dans l'acquisition du logiciel. Il est prévu transférer la gestion des accès à une seule personne de la DRFPO lorsque la période de transition sera complétée.			NR

États financiers cumulés - État cumulé des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Budget $	Exercice courant $	Exercice précédent $
REVENUS			
Subventions MSSS	106 079 467	83 367 784	80 352 080
Subvention Gouvernement du Canada	5 000	44 491	49 492
Contributions des établissements	284 521	391 248	284 521
Ventes de services et recouvrements	2 227 273	2 292 695	2 033 507
Revenus de placements	113 824	214 027	178 976
Revenus de type commercial			
Gains sur dispositions d'immobilisations			
Autres revenus	13 337 885	11 706 986	11 278 669
TOTAL DES REVENUS	122 047 970	98 017 231	94 177 245
CHARGES			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	19 447 689	18 261 460	18 171 958
Dépenses de transfert	51 176 796	57 092 790	51 206 628
Services achetés	4 570 016	5 707 267	5 527 134
Amortissement des immobilisations	17 394 952	1 849 478	1 451 837
Pertes sur dispositions d'immobilisations	9 289 335	207 201	
Frais financiers	11 383 361	7 420 886	8 807 411
Loyers	745 183	1 208 322	1 033 515
Entretien et réparation, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	1 625 481	2 234 050	3 039 652
Créances douteuses			
Autres charges	3 126 919	1 643 212	3 387 897
TOTAL DES CHARGES	118 759 732	95 624 666	92 626 032
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	3 288 238	2 392 565	1 551 213

États financiers cumulés - État cumulé des surplus (déficits) cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	8 818 400	7 267 187
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	1 246 344	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	(3 300 000)	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	6 764 744	7 267 187
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	2 392 565	1 551 213
AUTRES VARIATIONS DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS		
Transfert interfonds	3 862	
Autres additions (déductions)	(988 375)	
TOTAL -AUTRES VARIATIONS DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(984 513)	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	8 172 796	8 818 400
Constitués des éléments suivants		
Affectations d'origine externe		
Affectations d'origine interne		
Solde non affecté	8 172 796	8 818 400
Total	8 172 796	8 818 400

États financiers cumulés - État cumulé de la situation financière

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIFS FINANCIERS		
Encaisse (découvert bancaire)	17 525 015	15 437 719
Placements temporaires		
Débiteurs MSSS et FINESSS	3 332 610	7 794 696
Autres débiteurs	1 284 458	1 047 311
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	63 437 204	68 066 143
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	157 194 964	193 302 133
Placements de portefeuilles		
Frais reportés liés aux dettes	270 203	245 535
Autres éléments d'actifs financiers	37 319	5 600
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	243 081 773	285 899 137
PASSIFS		
Emprunts temporaires	241 393 733	240 347 753
Créditeur MSSS et FINESSS	144 162	
Autres créditeurs et charges à payer	8 859 287	6 339 023
Passif au titre des avantages sociaux futurs	2 038 946	2 054 833
Avances de fonds en provenance des agences et des établissements publics		
Revenus reportés	8 597 080	9 983 052
Dettes à long terme	130 639 401	168 562 154
Passifs environnementaux		
Autres éléments de passifs	206 742	120 801
TOTAL DES PASSIFS	391 879 351	427 407 616
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(148 797 578)	(141 508 479)
ACTIFS NON FINANCIERS		
Immobilisations	156 936 467	150 323 036
Stocks de fournitures		
Frais payés d'avance	33 907	3 843
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	156 970 374	150 326 879
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	8 172 796	8 818 400

États financiers cumulés - État cumulé de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(141 508 479)	(130 568 763)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	1 246 344	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	(3 300 000)	xxxx
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉS	(143 562 135)	(130 568 763)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	2 392 565	1 551 213
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(8 670 110)	(17 265 672)
Amortissement	1 849 478	1 451 837
(Gains)/Pertes sur dispositions	207 201	
Produits sur dispositions		3 300 000
Réduction de valeurs	258 435	
Autres éléments		
TOTAL - VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.11)	(6 354 996)	(12 513 835)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES		
Acquisitions		
Utilisation		
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES	-	-
VARIATIONS DUES AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Acquisitions	(30 064)	22 906
Utilisation		
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(30 064)	22 906
AUTRES VARIATIONS DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(984 513)	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(4 977 008)	(10 939 716)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(148 539 143)	(141 508 479)

États financiers cumulés - État cumulé des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (Déficit) de l'exercice	2 392 565	1 551 213
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Créances douteuses		
Provisions liées aux placements et garanties de prêts		
Stocks et frais payés d'avance	(30 064)	22 906
Pertes (Gains) sur dispositions d'immobilisations	207 201	
Pertes (Gains) sur dispositions de placements		
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations Gouvernement du Canada		
Autres		
Amortissement des immobilisations	1 849 478	1 451 837
Réduction de valeur des immobilisations	258 435	
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	72 851	58 919
Amortissement de l'escompte et de la prime		
Amortissement de la perte (gain) de change reportée		
Autres éléments sans incidence sur la trésorerie (préciser)	3 397	
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	2 361 298	1 533 662
Variation des actifs financiers et des passifs liés aux activités de fonctionnement	10 073 149	(17 723 395)
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	14 827 012	(14 638 520)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(8 670 110)	(17 265 672)
Produits sur dispositions		3 300 000
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	(8 670 110)	(13 965 672)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements de portefeuilles		
Placements effectués		
Produits sur dispositions et de rachats de placements		
Placements réalisés		
Variation d'autres éléments		
Subvention à recevoir - réforme comptable	36 107 169	36 968 242
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT	36 107 169	36 968 242

État cumulé des flux de trésorerie (suite)
Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes:		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	22 617 653	18 541 796
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	(21 279 169)	
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(39 261 237)	(38 725 503)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme		(17 433 215)
Capitalisation de l'escompte et de la prime		
Capitalisation des gains ou des pertes de change		
Variation des emprunts temporaires effectués - Fonds d'exploitation	(3 300 000)	
Emprunts temporaires effectués - Fonds d'immobilisations	155 662 575	157 538 314
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations		
Emprunts temporaires remboursés - Fonds d'immobilisations	(132 096 462)	(109 397 716)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	(22 520 134)	(18 541 796)
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	(40 176 774)	(8 018 120)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	2 087 297	345 930
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15 437 718	15 091 788
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	17 525 015	15 437 718
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT		
Encaisse	17 525 015	15 437 718
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois		0
Total	17 525 015	15 437 718
AUTRES RENSEIGNEMENTS		
Immobilisations		
Comptes à payer sur les immobilisations		
Intérêts		
Intérêts créditeurs (revenus)		
Intérêts encaissés (revenus)		
Intérêts débiteurs (charges)		
Intérêts déboursés (charges)		
Placements temporaires		
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:		
Solde au 31 mars		
Échéance supérieure à 3 mois:		
Placements effectués		
Placements réalisés		
Solde au 31 mars		

Fonds d'exploitation

Résultats

	Budget de fonctionnement	Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$	$	$	$
REVENUS					
Subventions MSSS					
Budget signifié	13 713 362	14 041 205	15 165 305	152 470	198 523
(Diminution) ou augmentation du financement	253 727		591 633		
Variation des revenus reportés - MSSS	148 865	12 644	(49 840)	(47 129)	(48 307)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs			24 409		
	14 115 954	14 053 849	15 731 507	105 341	150 216
Revenus de placements	7 000	24 177	17 671	20 486	54 481
Revenus d'autres sources					
Ventes de services et recouvrements	1 978 298	1 862 561	1 703 635		80 897
Subventions Gouvernement du Canada		44 491	44 492		
Autres revenus	90 092	223 451	237 526		
	16 191 344	16 208 529	17 734 831	125 827	285 594
CHARGES					
Salaires	9 403 255	9 344 175	9 190 885	46 735	46 981
Avantages sociaux	2 628 477	2 409 732	2 605 684		9 676
Charges sociales	1 258 928	1 251 715	1 231 535	4 066	5 164
Frais de déplacement et de représentation C. A.	121 998	111 671	131 546		
Services achetés	536 487	732 687	944 839	52 539	55 468
Publicité et communication	294 173	173 383	167 251		75 833
Loyers	705 208	600 223	993 540		
Location d'équipement	76 600	48 326	49 444		
Fournitures de bureau	170 919	161 765	169 362		219
Dépenses de transfert	151 000	159 688	150 833		30 000
Entretien et réparations	456 000	577 289	506 937		
Autres charges	253 328	230 180	1 010 099	(15 629)	55 000
	16 056 373	15 800 834	17 151 955	87 711	278 341
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	134 971	407 695	582 876	38 116	7 253
Renseignement à titre informatif seulement					
Contributions de l'avoir propre (+)					
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	194 038	203 184	194 038		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(116 500)	(169 030)	(86 866)		
Affectées à d'autres fonds (-)	(200 500)	(195 097)	(193 909)	(13 040)	
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	12 009	246 752	496 139	25 076	7 253

Fonds des activités régionalisées

Résultats
Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant $	Exercice précédent $
REVENUS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	11 413 707	8 737 229
Variation des revenus reportés - MSSS	(1 429 836)	432 627
Contributions des établissements	391 248	284 521
Revenus de placements	36 716	26 470
Revenus d'autres sources		
Ventes de services et recouvrements	430 134	248 975
Subventions Gouvernement du Canada		
Autres revenus	276 566	84 666
	11 118 535	9 814 488
CHARGES		
Salaires	3 365 232	3 370 225
Avantages sociaux	867 804	832 697
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	231 390	177 925
Charges sociales - Autres	252 991	285 406
Frais de déplacement et de représentation	42 820	47 863
Services achetés	3 491 279	2 416 948
Publicité et communication	153 482	237 674
Loyers	608 099	39 975
Dépenses de transfert	110 285	240 533
Fournitures de bureau	73 616	37 431
Entretien et réparations	1 436 473	1 169 481
Autres charges	656 678	494 918
	11 290 149	9 351 076
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(171 614)	463 412
Renseignement à titre informatif seulement		
Contributions de l'avoir propre et interfonds		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	203 711	193 908
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	321 258	514 921
En provenance de fonds affectés (+)	307 751	205 694
Affectées au fonds d'exploitation (-)	(203 184)	(194 038)
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	(312 971)	(514 919)
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(58 010)	(777 095)
Autres transfert interfonds		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir propre et transferts interfonds	86 941	(108 117)

Résultats
Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
REVENUS		
Ministère de la Santé et des Services sociaux :		
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	3 194 708	1 995 162
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	7 392 562	8 861 601
Autres revenus		
	10 587 270	10 856 763
CHARGES		
Frais financiers		
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	7 348 035	8 748 492
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	72 851	58 919
Dépenses d'immobilisations non capitalisables		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	225 119	220 003
Services achetés		12 540
Autres charges non capitalisablées	220 288	1 363 234
Amortissement des immobilisations	1 849 478	1 451 837
Perte sur dispositions d'immobilisations	207 201	
	9 922 972	11 855 025
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	664 298	(998 262)
Renseignement à titre informatif seulement		
Contributions en provenance du		
Fonds d'exploitation - Activités principales (+)	169 030	86 866
Fonds des activités régionalisées (+)	58 010	777 095
Fonds affectés (+)	132 822	104 686
Surplus (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	1 024 160	(29 615)

Solde de fonds
Exercice terminé le 31 mars 2014

	Activités principales $	Avoir propre $	Exercice courant total $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	**1 692 642**	**3 182 939**	**4 875 581**	**4 372 189**
ACTIVITÉS PRINCIPALES				
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	407 695		407 695	582 876
Transfert interfonds (provenance)				
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)		203 184	203 184	194 038
Transfert interfonds (affectations)				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)		(169 030)	(169 030)	(86 866)
Contributions à d'autres fonds (-)		(195 097)	(195 097)	(193 909)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES				
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)		38 116	38 116	7 253
Contributions à d'autres fonds (-)		(13 040)	(13 040)	
AUTRES ÉLÉMENTS				
Libération de surplus				
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds				
Autres corrections		(3 300 000)	(3 300 000)	
Variation de l'exercice	407 695	(3 435 867)	(3 028 172)	503 392
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	**2 100 337**	**(252 928)**	**1 847 409**	**4 875 581**

Fonds d'immobilisations - Fonds des activités régionalisées - Solde de fonds

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	**1 660 171**	**1 689 786**	**150 855**	**258 972**
Additions (Déductions)				
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	664 298	(998 262)	(171 614)	463 412
Transfert interfonds (provenance)				
Contributions du fonds d'exploitation (+)	169 030	86 866	203 711	193 908
Contributions des activités régionalisées (+)	58 010	777 095	321 258	514 921
Contributions de fonds affectés (+)	132 822	104 686	307 751	205 694
Transfert interfonds (affectations)				
Contributions du fonds d'exploitation (-)			(203 184)	(194 038)
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)			(312 971)	(514 919)
Contributions à des fonds affectés (-)				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)			(58 010)	(777 095)
Autres transferts interfonds				
Autres additions (déductions)				
Variation de l'exercice	1 024 160	(29 615)	86 941	(108 117)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	**2 684 331**	**1 660 171**	**237 796**	**150 855**

Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées - Bilan

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$	$	$
ACTIF				
Encaisse	3 652 163	6 031 789	4 171 668	1 979 061
Débiteurs				
MSSS	182 195	644 795	1 247 984	1 694 566
Établissements publics	15 491	135 906	109 909	36 136
Gouvernement du Canada				
Autres débiteurs	285 090	436 146	235 179	204 932
Frais payés d'avance		3 843	33 907	
Subvention à recevoir aux avantages sociaux futurs	1 482 017	1 522 658	315 538	315 537
Autres éléments d'actif	31 869		450	450
	5 648 825	8 775 137	6 114 635	4 230 682
PASSIF				
Découvert de banque			132 465	586 084
Créditeurs et autres charges à payer				
MSSS	10 695		133 467	
Établissements publics	41 057	35 069	765 058	42 241
Salaires courus à payer	449 028	776 289		5 433
Fonds des services de santé (FSSS) à payer	28 466	28 403		
Autres créditeurs et charges à payer	895 175	657 503	325 829	450 576
Passif au titre des avantages sociaux futurs	1 594 175	1 588 785	417 283	453 781
Autres revenus reportés	699 422	813 507	3 979 393	2 541 712
Autres éléments de passif	83 398		123 344	
	3 801 416	3 899 556	5 876 839	4 079 827
SOLDE DE FONDS	1 847 409	4 875 581	237 796	150 855
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	5 648 825	8 775 137	6 114 635	4 230 682

Fonds d'immobilisations - Bilan

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF		
Encaisse	1 065 960	456 615
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	63 437 204	68 066 143
Débiteurs		
MSSS	1 363 447	1 821 060
Autres débiteurs	39 031	
Immobilisations	156 936 467	150 323 036
Subvention à recevoir - réforme comptable	155 389 579	191 456 108
Frais reportés liés aux dettes	270 203	245 535
Autres éléments d'actif		
	378 501 891	412 368 497
PASSIF		
Découvert de banque		
Emprunts temporaires	241 393 733	240 347 753
Intérêts courus à payer	1 441 460	1 674 541
Créditeurs et autres charges à payer	2 333 332	
Passif au titre des avantages sociaux futurs	9 634	3 077
Dettes à long terme	130 639 401	168 562 154
Autres éléments de passif		120 801
	375 817 560	410 708 326
SOLDE DE FONDS	2 684 331	1 660 171
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	378 501 891	412 368 497

Fonds affectés cumulés - Bilan

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF		
Encaisse	8 767 689	7 556 338
Débiteurs		
MSSS	538 984	3 532 179
FINESSS		102 096
Établissements publics	175 076	42 172
Autres débiteurs	424 682	192 019
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	7 830	7 830
Autres éléments d'actif	5 000	5 150
	9 919 261	11 437 784
PASSIF		
Découvert de banque		
Créditeurs et autres charges à payer		
Établissements publics	601	7 170
Salaires courus à payer		7 191
Fonds des services de santé (FSS) à payer		
Autres créditeurs et charges à payer	2 579 281	2 654 607
Passif au titre des avantages sociaux futurs	17 854	9 190
Revenus reportés - MSSS	3 479 638	6 140 081
Autres revenus reportés	438 627	487 752
	6 516 001	9 305 991
SOLDE DE FONDS	3 403 260	2 131 793
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	9 919 261	11 437 784

Fonds affectés cumulés - Résultats

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant $	Exercice précédent $
REVENUS		
Subventions MSSS	36 737 954	33 318 211
Crédits régionaux		3 201 200
Variation des revenus reportés - MSSS et FINESSS	1 414 098	(1 928 166)
FINESSS	10 485 401	9 852 493
Revenus de placements	132 648	80 354
Revenus d'autres sources		
Subventions Gouvernement du Canada		5 000
Autres revenus	11 206 969	10 956 477
	59 977 070	55 485 569
CHARGES		
Dépenses de transfert	56 822 817	50 785 262
Charges d'exploitation		
Salaires	212 383	161 959
Avantages sociaux	30 743	21 524
Charges sociales - Fonds de services de santé (FSS)	6 780	4 121
Charges sociales - Autres	12 595	8 173
Frais de déplacement et de représentation		5 370
Services achetés	1 103 897	1 616 581
Location d'équipement		32 789
Fournitures de bureau	10 401	7 608
Autres charges	323 384	1 346 248
	58 523 000	53 989 635
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	1 454 070	1 495 934

Fonds affectés cumulés - Solde de fonds

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	**2 131 793**	**946 240**
Additions (Déductions)		
Surplus (Déficit) de l'exercice	1 454 070	1 495 934
Transfert interfonds (provenance) :		
Contributions des activités régionalisées (+)		
Transfert interfonds (affectations) :		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	(281 999)	(179 687)
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(132 822)	(104 686)
Autres transferts interfonds	(25 751)	(26 008)
Autres additions (déductions)	(988 375)	
Variation de l'exercice	25 123	1 185 553
Redressements	1 246 344	
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	**3 403 260**	**2 131 793**

État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits

Exercice terminé le 31 mars 2014

	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R	2 159 078 737	2 116 728 173
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	2 029 271 041	1 995 350 486
Allocations aux organismes communautaires	43 783 734	41 328 424
Allocations à d'autres organismes	25 603 365	23 730 299
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R	**2 098 658 140**	**2 060 409 209**
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	53 191 262	41 465 413
Autres montants des allocations affectées		37 200
TOTAL DES AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE	**2 151 849 402**	**2 101 911 822**
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS AVANT PRÉVISION DES COMPTES À PAYER	**7 229 335**	**10 721 535**
COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R		
Pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés	5 047 240	7 779 804
Pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés	1 225 187	781 993
Comptes à payer non signifiés		1 172 382
TOTAL - COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R	**6 272 427**	**9 734 179**
COMPTES À FIN DÉTERMINÉE REPORTÉS À L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE L'EXERCICE SUBSÉQUENT	**956 908**	**987 356**
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS	---	---

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2014

Note 1 – Statut et nature des opérations

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a été constituée le 1er janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) ou LSSSS. Elle a principalement pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Québec.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Description des principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

- les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public."

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

Notes complémentaires aux états financiers

De façon plus spécifique :

- Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux ou d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant lorsque les critères d'admissibilité ont été respectés par l'Agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.
- Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.
- Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel se termine le projet ou l'activité, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou toute autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le

fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Notes complémentaires aux états financiers

Frais d'émission, escomptes et primes liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

Les escomptes et les primes sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

La dette à long terme du fonds d'immobilisations destiné à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements est payable à Financement-Québec et au fonds de financement du ministère des Finances et de l'Économie du Québec.

Emprunts remboursables par versements annuels variables du capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt variant entre 2,1298 % et 6,31 % est payable semestriellement. Le solde de la dette à long terme en 2014 est de 130 639 401 $ dont 108 021 748 $ à Financement-Québec et 22 617 653 $ au ministère des Finances et de l'Économie du Québec.

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq (5) prochains exercices sont les suivants :

Années	Montants
2014-2015	49 516 837 $
2015-2016	21 049 410 $
2016-2017	25 556 631 $
2017-2018	9 000 477 $
2018-2019	20 885 870 $

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Avantages sociaux futurs

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulées, de congé parental et d'assurance-salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

	2014	2013
Subvention à recevoir - Ministère	192 126 $	192 126 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	(153 701) $	(171 089) $
Variation de l'exercice	38 425 $	21 037 $

Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'Agence ne dispose pas d'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le Ministère et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Notes complémentaires aux états financiers

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrain qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

Notes complémentaires aux états financiers

Instruments financiers

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable sur les instruments financiers (chapitre SP 3450 du Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur

public). Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé " État des gains et des pertes de réévaluation ", jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente. Les autres instruments financiers sont évalués au coût ou au coût après amortissement, sauf si l'établissement choisit de les désigner dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur.

En vertu de la LSSSS, le Ministère détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le Ministère a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

- L'Agence ne détient pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu, au cours de l'exercice, d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations : regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.
- Le fonds des activités régionalisées : regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés : sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le fonds de santé au travail : regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts interfonds sont comptabilisés directement au solde des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Notes complémentaires aux états financiers

Classification des activités

La classification des activités d'une Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales

Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

- Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs, en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

- Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.
- Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la LSSSS. Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du Ministère.

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

L'Agence dispose de 4,3 millions de dollars, au solde de fonds du fonds d'exploitation, provenant de surplus cumulés au cours des exercices précédents.

En regard d'efforts additionnels de rationalisation budgétaire applicable à compter de l'exercice 2013-2014, sur autorisation du conseil d'administration de l'Agence, lors de sa séance du 4 avril 2013, et du Ministère, il a été convenu de rembourser à même ses surplus cumulés à la SQI, un montant de 3,3 millions de dollars à titre de remboursement anticipé de loyer pour l'immeuble situé au 555, boulevard Wilfrid-Hamel Est, Québec (Québec) G1M 3X7.

Ce remboursement anticipé a pour effet de diminuer le coût du loyer récurrent que doit assumer l'Agence auprès de la SQI à compter du 1er mai 2013.

Le remboursement anticipé a été effectué le 8 avril 2013 et fixe le nouveau loyer trimestriel à compter de l'exercice 2013-2014 à 32 052 $ alors qu'il était de 99 925 $ au cours des exercices précédents.

Loyer annuel

Loyer annuel 2014-2015	Loyer annuel 2013-2014"
128 208 $	128 208 $

Notes complémentaires aux états financiers

Note 3 - Information complémentaire aux risques financiers

L'Agence est exposée à divers risques par l'intermédiaire de ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

Risque de crédit

L'Agence est exposée au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière. L'établissement a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont les autres débiteurs étant donné que le manquement d'une de ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement.

Le risque de crédit relatif à l'encaisse est considéré comme négligeable puisqu'elle est détenue dans une institution financière reconnue dont la notation externe de crédit est de bonne qualité.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'Agence est le risque qu'elle éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'Agence est donc exposée au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs comptabilisés à l'état de la situation financière.

Note 4 – Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu de l'article 387 de la LSSSS, une agence doit maintenir l'équilibre budgétaire entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses dépenses.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'Agence a respecté cette obligation légale.

Notes complémentaires aux états financiers

Note 5 – Présentation des données budgétaires

Conformément à la LSSSS, l'Agence a produit, pour le présent exercice, des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du fonds d'exploitation et celles du fonds d'immobilisations, du fonds des activités régionalisées et du fonds affecté.

Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes:

		Réel	Budget
		1	2
REVENUS			
Subventions du Ministère	01	14 041 205 $	13 713 362 $
Budget signifié			
Augmentation du financement (C.02 : préciser)	02	xxxx	253 727 $
Variation des revenus reportés - Ministère	03	12 644 $	148 865 $
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable -			
Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	04	xxxx	xxxx
Total subvention du Ministère (L.01 à L.04)	05	14 053 849 $	14 115 954 $
Revenus d'intérêts	06	24 177 $	7 000 $
Revenus d'autres sources			
Recouvrements	07	xxxx	xxxx
Ventes de services	08	1 862 561 $	1 978 298 $
Subventions du gouvernement fédéral	09	44 491 $	xxxx
Autres subventions (C.02 : préciser)	10	223 451 $	90 092 $
Total des revenus (L.05 à L.11)	11	16 208 529 $	16 191 344 $
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	12	9 344 175 $	9 403 255 $
Avantages sociaux	13	2 409 732 $	2 628 477 $
Charges sociales	14	1 251 715 $	1 258 928 $

		Réel	Budget
		1	2
CHARGES D'EXPLOITATION (suite)			
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses du C. A.	15	111 671 $	121 998 $
Services achetés	16	732 687 $	536 487 $
Communications	17	173 383 $	294 173 $
Loyer	18	600 223 $	705 208 $
Location d'équipement	19	48 326 $	76 600 $
Fournitures de bureau	20	161 765 $	170 919 $
Transfert à des établissements (C.02 : préciser)	21	159 688 $	151 000 $
Entretien et réparations	22	577 289 $	456 000 $
Frais financiers	23	xxxx	xxxx
Créances douteuses	24	xxxx	xxxx
Autres frais (C.02 : préciser)	25	230 180 $	253 328 $
Charges non réparties	26	xxxx	xxxx
Total des charges d'exploitation (L.12 à L.25)	27	15 800 834 $	16 056 373 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.11 - L.26)	28	407 695 $	134 971 $
À titre informatif seulement : contributions (+/-)			
En provenance de l'avoir propre (+) (C.02 : préciser)	29	xxxx	xxxx
En provenance de fonds affectés (+) (C.02 : préciser)	30	xxxx	xxxx
En provenance du fonds des activités régionalisées (+) (C.02 : p. 190)	31	203 184 $	194 038 $
En provenance du fonds de stationnement (+) (C.02 : préciser)	32	xxxx	xxxx
Affectées au fonds d'immobilisations (-) (C.02 : préciser)	33	(169 030) $	(116 500) $
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	34	xxxx	xxxx
Affectées à d'autres fonds (-) (C.02 : préciser)	35	(195 097) $	(200 500) $
EXCÉDENT (DÉFICIT) APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS (L.27 à L.33)	36	246 752 $	12 009 $

Note 6 - Emprunts temporaires

« Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée en immobilisations de 50 000 000 $ et en équipement de 75 000 000 $, sur la base d'un taux équivalant à celui des acceptations bancaires, d'un terme de 30 jours d'échéance au taux de 1,52 % incluant la majoration de 0,30 %. Ces crédits sont disponibles par voie de prêts à terme à taux fixes pour un montant minimum de 100 000 $ et un terme de 30 jours. Pour les termes différents de 30 jours ou des montants inférieurs à 100 000 $, une marge de crédit d'appoint est disponible. Le montant inutilisé au 31 mars 2014 est de 63 396 758 $. »

De plus, l'Agence a une convention de prêts à court terme à taux flottant, variant de 2,1298 % à 2,664 %, avec le ministre des Finances et de l'Économie du Québec à titre de responsable du Fonds de financement pour financer temporairement des projets issus des enveloppes décentralisées (équipement, immobilisations et technologie de l'information). Au 31 mars 2014, les emprunts temporaires avec le ministre des Finances et de l'Économie du Québec pour les enveloppes décentralisées sont de 179 790 491 $.

Note 7 - Engagements

L'Agence s'est engagée, avec la SQI, en vertu d'un bail à long terme échéant le 24 avril 2018 sur un immeuble. À l'échéance, l'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour deux (2) périodes additionnelles de cinq (5) ans.

L'Agence a également conclu, avec la SQI, une location d'immeuble. Le bail est en vigueur depuis le 12 novembre 2007 et se termine le 11 novembre 2022. L'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour une durée de cinq (5) ans.

De plus, en vertu d'un bail signé en juillet 2013, l'Agence s'est engagée à utiliser des locaux situés à l'Aile « C » du Pavillon Arthur-Vallée de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (incluant l'Unité de recherche en santé publique). Ce bail couvre la période du 1er avril 2013 au 31 mars 2018. À l'expiration de la durée initiale du bail, le présent bail se renouvellera automatiquement, d'année en année, aux mêmes termes, à défaut par l'une ou l'autre des parties de signifier par lettre recommandée un avis de non-renouvellement en tout ou en partie d'au moins 12 mois avant la date de terminaison du bail ou du renouvellement, le bail se renouvelle d'année en année.

L'Agence a signé un contrat avec l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec relatif à des services d'entretien ménager et de la sécurité, du 1er avril 2014 au 31 mars 2017, pour un total de 388 809 $ au site Hamel et un contrat avec l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, du 1er avril 2013 au 31 mars 2018, pour un total de 507 576 $ au site d'Estimauville.

Aussi, l'Agence s'est inscrite à un appel d'offres provincial du Centre de services partagés du Québec et un contrat à commande des imprimantes et des imprimantes multifonctions a été conclu du 1er avril 2014 au 31 mars 2016 avec RICOH Canada au montant de 192 092 $.

Les paiements minimums futurs pour ces engagements s'établissent comme suit :

2015	846 969 $
2016	769 810 $
2017	769 810 $
2018	640 207 $
2019	166 626 $
2020 et subséquentes	819 044 $
	4 012 466 $

En vertu d'une entente signée le 20 août 2008 avec le Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes ainsi que des conditions de financement de la Banque Nationale du Canada à partir du 15 janvier 2010, et ce, d'une durée de 30 ans.

Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2015	1 236 824 $
2016	1 236 824 $
2017	1 236 824 $
2018	1 236 824 $
2019	1 236 824 $
2020 et subséquentes	19 513 534 $
	25 697 654 $

Notes complémentaires aux états financiers

En vertu d'une entente débutant le 1er avril 2011 et se terminant le 31 mars 2021 intervenue entre l'Agence et le Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privé " LES JARDINS DU HAUT-SAINT-LAURENT (1992) INC. " pour l'utilisation de 132 lits de soins de longue durée dont 104 lits en chambre privée et 28 lits en chambre semi-privée, du 1er avril 2013 au 31 mars 2021, les paiements se répartissent comme suit :

2015	7 323 757 $
2016	7 323 757 $
2017	7 323 757 $
2018	7 323 757 $
2019	7 323 757 $
2020 et subséquentes	14 647 514 $
	51 266 299 $

En vertu d'une entente débutant le 1er avril 2011 et se terminant le 31 mars 2031 intervenue entre l'Agence et le Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privé " CÔTÉ-JARDIN INC " pour l'utilisation de 256 lits de soins de longue durée dont 232 lits en chambre

privée et 24 lits en chambre semi-privée, du 1er avril 2013 au 31 mars 2031, les paiements se répartissent comme suit :

2015	14 293 715 $
2016	14 293 715 $
2017	14 293 715 $
2018	14 293 715 $
2019	14 293 715 $
2020 et subséquentes	171 524 580 $
	242 993 155 $

Note 8 - Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 9 - Chiffres de l'exercice précédent

Certaines données correspondantes fournies pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

Note 10 - Analyse financière 2012-2013

L'Agence n'a pas reçu à ce jour du Ministère le résultat de l'analyse financière 2012-2013, celle-ci est en cours de traitement.

ANNEXE

COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Liste des membres

Présidente : M[me] Nancy Cyr

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
1[0] quatre personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Boissonneault, Nathalie	Conseillère-cadre en prévention des infections, CHU de Québec	2014-03-23
Cyr, Nancy	Conseillère clinicienne en soins infirmiers, centres d'hébergement et de soins de longue durée, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	2014-03-23
Marcoux, Odette	Infirmière clinicienne, assistante infirmière-chef, CHU de Québec	2014-03-23
Perreault, Isabelle	Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	2014-03-23
2[0] deux personnes désignées par et parmi les gestionnaires des soins infirmiers des établissements de la région et visés à l'article 206 de la LSSSS :		
Émond, Jacques	Directeur des soins infirmiers, CHU de Québec	2014-03-23
Roy, Robin	Directeur des soins infirmiers et des services à la clientèle, Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	2014-03-23
3[0] une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Ouellet, Marie-Josée	Professeure et assistante-coordonnatrice du Département de soins infirmiers du Cégep de Sainte-Foy	2014-03-23
4[0] une personne désignée par la doyenne ou la directrice du programme universitaire de sciences infirmières, le cas échéant :		
Roch, Geneviève	Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières, Université Laval	2014-03-23
5[0] deux personnes désignées par et parmi les membres des comités d'infirmières et infirmiers auxiliaires des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Bélanger, Ann	Infirmière auxiliaire, Centre de santé et de services sociaux de Portneuf, Centre d'hébergement Saint-Casimir	2014-03-23
Ouankour, Touria	Présidente du Comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires du Conseil des infirmières et infirmiers du Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	2014-03-23
6[0] une infirmière ou un infirmier désigné(e) par les membres visés aux paragraphes 1[0] à 5[0] et reconnu(e) pour son expertise de pointe dans la pratique clinique des soins infirmiers :		
Gagné, Annie	Infirmière clinicienne, Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	2014-03-23
7[0] le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou l'infirmière ou infirmier qu'il désigne à cette fin :		

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
Talbot, Manon	Adjointe à la Direction des affaires médicales, universitaires et hospitalières, coordination des services de médecine spécialisée.	2014-03-23
8° quatre personnes-ressources à titre d'observateurs :		
Bard, Éric	Directeur adjoint, Centre de formation professionnelle Fierbourg	2014-03-23
Duguay, Johanne	Infirmière clinicienne, réseau centres d'hébergement et de soins de longue durée, Institut universitaire en santé mentale de Québec	2014-03-23
Gaudreau, Martine	Directrice adjointe des soins infirmiers, Institut universitaire en santé mentale de Québec	2014-03-23
Lachance, Suzanne	Conseillère à l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec	2014-03-23

COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Liste des membres

Présidente : Mme Jasmine Martineau
Vice-président : Mme Lyne Foisy
Secrétaire : Mme Monique Provencher

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
1° Trois professionnels du domaine social dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Turcotte, Serge	Chef du service social, Centre hospitalier universitaire de Québec	2015-06-13
Deschamps, Amie	Travailleuse sociale, Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	2015-06-13
Dupuis, Marie-Josée	Travailleuse sociale, Centre hospitalier universitaire de Québec	2015-06-13
2° Trois professionnels du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, autres que la médecine et les soins infirmiers, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Martineau, Jasmine	Physiothérapeute et directrice des services multidisciplinaires, Centre hospitalier universitaire de Québec	2015-06-13
Paradis-Gagnon, Cassiopée	Coordonnatrice technique en thérapie respiratoire, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	2015-06-13
Catherine Catford	Nutritionniste en radio-oncologie, Centre hospitalier universitaire de Québec	2015-06-13
3° Trois personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Foisy, Lyne	Éducatrice, Centre jeunesse de Québec	2015-06-13
Vacant		2015-06-13

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
Vacant		2015-06-13
4° Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Provencher, Monique	Directrice adjointe aux études – CÉGEP de Sainte-Foy	2015-06-13
5° Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé :		
Lanoue, Anne-Marie	Responsable de la formation pratique en orthophonie, Université Laval	2015-06-13
6° Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux :		
Turcotte, Pierre	Directeur et professeur agrégé à l'École de service social, Université Laval	2015-06-13
7° Personne désignée par le président–directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale		
Vézina, Jean-François	Agent de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	2015-06-13
8° Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs		
Moreau, Bianca	Physiothérapeute, Centre hospitalier universitaire de Québec	2015-06-13
Vacant		
Vacant		
Vacant		

Comité de direction du Département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale

Chef de département : M. Jacques Bouchard, m.d.

Nom	Milieu de pratique médicale	Partie de territoire (secteur)	Représentativité	Fin de mandat
1° 3 médecins élus par et parmi les médecins membres du DRMG :				
Bouchard, Jacques	Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	Charlevoix	Centre hospitalier	2017-05-23
Cholette, Pascale	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	Québec-Centre	CLSC	2017-05-23
Lamontagne, Daniel	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	La Source	CLSC-CHSLD	2017-05-23

Nom	Milieu de pratique médicale	Partie de territoire (secteur)	Représentativité	Fin de mandat
2° 9 médecins membres du DRMG nommés par les membres élus au paragraphe 1° :				
Amar, Maxime	CHU de Québec	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Centre hospitalier universitaire	2017-09-18
Brunet, François	Centre de santé et de services sociaux de Portneuf	Portneuf	CLSC	2017-09-18
Carrier, Pierre	Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	Charlevoix	CLSC-CHSLD	2017-10-09
Chouinard, Guy	Clinique médicale du Jardin	La Source	Cabinet privé de professionnels	2017-09-18
Fallu, Bernard	Clinique médicale Val-Bélair	De la Jacques-Cartier	Cabinet privé de professionnels	2017-09-18
Lachance, Pierre	Centre médical Saint-Louis	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Cabinet privé de professionnels	2017-09-18
Renaud, Pascal	CHU de Québec	Québec-Centre	Centre hospitalier universitaire	2017-09-18
Richard, Annie	Clinique-réseau Le Mesnil	Québec-Centre	Cabinet privé de professionnels	2017-09-18
Robitaille, Michel	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	Orléans	CHSLD	2017-10-09
3° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou le médecin qu'il désigne à cette fin :				
Thibodeau, Guy	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale			
4° 1 membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval				
Rioux, Stéphane	Unité de médecine familiale	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Faculté de médecine – Université Laval	2016-01-11

COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présidente : Pierrette Carrier

Vice-présidente : Louise Petit

Titulaire	Provenance	Fin de mandat
1° Deux (2) représentants du collège « pharmaciens propriétaires »		
Louise Petit	J. Matte et L. Petit pharmaciens, **membre coopté, vice-présidente**	2014-12-06
François Frédérick-Dubois	Richard Blais, Jean-François Boulanger et François Frédérick-Dubois pharmaciens, **membre coopté**	2016-11-26
2° Deux (2) représentants du collège « pharmaciens salariés communautaires »		
Caroline Pichette	Groupe Hébert Ferlatte, pharmaciens, **membre coopté**	2014-12-06

Titulaire	Provenance	Fin de mandat
Hélène Fortin	Laurier Lavoie et associés, pharmaciens	2016-11-26
3° Deux (2) représentants du collège « chefs de département – établissement »		
Éric Lepage	Institut universitaire en santé mentale de Québec, **prolongation de mandat**	2014-12-06
Pierrette Carrier	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, **présidente**	2016-11-26
4° Deux (2) représentants du collège « pharmaciens salariés – établissement »		
Marie-David Simoneau	CHU de Québec	2014-12-06
Dominique Chrétien	CHU de Québec	2016-11-26
5° Un (1) représentant désigné par le conseil de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval		
Marc Parent	CHU de Québec	2014-12-10
6° Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale		
Guy Thibodeau	Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, **membre d'office**	--

COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Président :

Noms	Occupation	Centre ou établissement
Brigitte Paquette	Directrice des services généraux et communautaires	Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's
▪ Deux personnes issues des centres de santé et de services sociaux de la région		
Diane Marcotte	Directrice générale adjointe	Centre de santé et de services sociaux de Portneuf
Dr Alain-Philippe Lemieux	Directeur général adjoint des affaires universitaires et cliniques et des services professionnels	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
▪ Une personne issue des établissements de la région offrant des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale		
Dr Benoît Dumais	Directeur des services professionnels	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
▪ Une personne issue d'un centre de soins généraux et spécialisés ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques		
Bernard Morency	Directeur de l'éthique et des affaires juridiques	Centre hospitalier universitaire de Québec

Noms	Occupation	Centre ou établissement
▪ Une personne issue du Centre jeunesse de Québec		
Sylvie Nadeau	Directrice des services aux jeunes et à leur famille	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
▪ Une personne issue du Comité des usagers de l'établissement désigné ou un représentant nommé par les membres du même comité		
Julie Slattery	Représentante du Comité des résidents Saint Brigid's Home – Jeffery Hale	Saint Brigid's Home – Jeffery Hale
▪ Quatre personnes issues des organismes communautaires, des associations, des groupes socio-économiques de la communauté d'expression anglaise ou du milieu scolaire anglophone de la région		
Richard Walling	Directeur général	Les Partenaires communautaires, Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's
Jean-Sébastin Jolin Gignac	Directeur général	Voice of English-Speaking Québec
Gina Farnell	Directrice des services complémentaires	Commission scolaire Central Québec
Brenda Edwards	Directrice, Services complémentaires	Fondation Citadel
▪ Le président-directeur général de l'Agence ou la personne qu'il désigne		
Josette Tardif	Agente de planification, de programmation et de recherche	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

CLINIQUES-RÉSEAU QUÉBEC

- Clinique-réseau Giffard
- Clinique-réseau Clinique médicale Pierre-Bertrand
- Clinique-réseau secteur Sainte-Foy-Laurentien
- Clinique-réseau Basse-Ville-Limoilou
- Clinique-réseau Le Mesnil
- Clinique-réseau des Promenades
- Clinique-réseau Val-Bélair–Valcartier–Ste-Catherine
- Clinique-réseau La Cité Médicale

TOTAL : 8 CRQ

Une nouvelle CRQ sera annoncée par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Elle sera implantée dans le secteur de Charlesbourg dans les prochaines semaines; ce qui portera à neuf le nombre de CRQ.

GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

- GMF Cité Verte
- GMF Centre médical Beauport
- GMF du Carrefour
- GMF La Cité Médicale
- GMF Charlesbourg
- GMF de Charlevoix-Est
- GMF de Charlevoix-Ouest
- GMF Duberger
- GMF Duchatel
- GMF UMF Haute-Ville
- GMF UMF Laval-Québec
- GMF L'Ancienne-Lorette – Les Saules
- GMF l'Hêtrière
- GMF Loretteville
- GMF UMF Maizerets
- GMF Le Mesnil
- GMF Neufchâtel
- GMF Le Nordet
- GMF Orléans
- GMF Clinique médicale Pierre-Bertrand
- GMF Portneuf Nord-Ouest
- GMF Portneuf Sud-Est
- GMF Quatre-Bourgeois
- GMF Clinique médicale Sainte-Foy
- GMF Saint-Louis
- GMF Saint-Vallier
- GMF de Sillery
- GMF CLSC La Source
- GMF Val-Bélair–Valcartier–Ste-Catherine

TOTAL : 29 GMF

Un nouveau projet GMF La Cité médicale de Charlesbourg est en développement depuis septembre 2013.

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES ET INSTITUTS

- CHU de Québec
  - Centre hospitalier de l'Université Laval
  - Hôpital de l'Enfant-Jésus
  - Hôpital du Saint-Sacrement
  - Hôpital Saint-François d'Assise
  - L'Hôtel-Dieu de Québec
- Centre jeunesse de Québec
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
- Institut universitaire de santé mentale de Québec

ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES SUPRARÉGIONAUX

- CHU de Québec
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale – Centre antipoison du Québec
- Institut universitaire en santé mentale de Québec
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (institut social dans le secteur de l'intégration des personnes handicapées)

PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ 2014

SPÉCIALITÉS	Ex-CHUQ		Ex-CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSS de Charle-voix		IRDPQ		INSPQ		TOTAL RÉGIONAL	
	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PREM
Allergie-immunologie pédiatrique	2	2													2	2
Allergie-immunologie	6	6	1	2											7	8
Anatomo-pathologie	17	17	12	12	4	4									33	33
Anesthésiologie	47	47	38	34	16	16			1	2					102	99
Biochimie médicale	9	9	5	5	1	1									15	15
Cardiologie	18	19	17	16	35	35									70	70
Cardiologie pédiatrique	6	5													6	5
Chirurgie générale	16	16	17	15	6	7			1	4					40	42
Chirurgie pédiatrique	2	2													2	2
Chirurgie vasculaire	7	8													7	8
Chirurgie Thoracique					5	5									5	5
Chirurgie orthopédique	20	19	14	12					1	1					35	32
Chirurgie plastique	6	7	7	7											13	14
CCVT					11	11									11	11
Dermatologie	10	10	4	6											14	16
Endocrinologie	9	10	4	4											13	14
Endocrinologie pédiatrique	4	4													4	4
Gastroentérologie pédiatrique	4	4													4	4
Gastroentérologie	12	12	8	8	2	2									22	22
Génétique médicale	4	6													4	6
Gériatrie	7	7	7	8											14	15
Hématologie oncologie	13	13	12	12	2	2									27	27
Hématologie oncologie pédiatrique	3	4													3	4
Médecine d'urgence	10	10	17	17											27	27
Médecine interne	25	24	15	14	8	7				1					48	46
Médecine nucléaire	6	6	2	3	3	3									11	12
Microbiologie médicale	17	16	9	8	3	3									29	27
Néphrologie	14	15			4	4									18	19

SPÉCIALITÉS	Ex-CHUQ		Ex-CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSS de Charlevoix		IRDPQ		INSPQ		TOTAL RÉGIONAL	
	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PREM
Néphrologie pédiatrique	2	2													2	2
Neurologie	5	6	18	17			2	2							25	25
Neurologie pédiatrique	4	5													4	5
Neurochirurgie			15	15											15	15
Obstétrique-gynécologie	51	49													51	49
Ophtalmologie	3	4	30	29											33	33
Oto-rhino-laryngologie	14	14	9	9		1									23	24
Pédiatrie générale	24	26													24	26
Pédiatrie maladies infectieuses	3	3													3	3
Pédiatrie néonatologie	10	11													10	11
Pédiatrie soins intensifs	6	6													6	6
Physiatrie	1	1	8	7							4	4			13	12
Pneumologie	4	4	5	5	23	22									32	31
Pneumologie pédiatrique	4	5													4	5
Pédopsychiatrie	20	20													20	20
Psychiatrie adulte							93	94							93	94
Radiologie diagnostique	31	31	25	24	8	9			1	2					65	66
Radio-oncologie	20	20													20	20
Rhumatologie	9	10													9	10
Rhumatologie pédiatrique	1	2													1	2
Santé communautaire	19	19											19	19	38	38
Urologie	14	14	3	3					1	1					18	18
Total	539	550	302	292	131	132	95	96	5	11	4	4	19	19	1 095	1 104

Source : Application Web du ministère de la Santé et des Services sociaux - Gestion des PREM en spécialité, 2014-05-01

EP : effectifs en place

PEM : plan des effectifs médicaux

PREM : Plan régional des effectifs médicaux

Note : Les écarts entre les EP et les PEM sont engendrés soit, par des dépassements temporaires, par des postes académiques (hors PEM) ou par des postes vacants.

PLANS DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE 2014 DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Établissements	PEM 2014	PEM corrigé au 31-12-2013	PEM ajusté après la diminution de 20 %	Nombre de postes transférés dans une banque régionale
CHU de Québec	165	144	132	33
CSSS de Québec-Nord	113	104	90	23
CSSS de la Vieille-Capitale	134	130	107	27
CSSS de Portneuf	41	35	-	-
CSSS de Charlevoix	41	36	-	-
Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ)	22	13	18	4
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)	23	19	18	5
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)	12	12	10	2
Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's	23	20	18	5
		Banque régionale de postes :		99*

*Note : La diminution des plans des effectifs médicaux (PEM) de 20 % signifie que le remplacement de chaque départ de médecin doit recevoir une recommandation favorable du comité de direction du Département régional de médecine générale.

Pour l'année 2014, qui s'échelonne entre le 1er décembre 2013 et le 30 novembre 2014, le plan régional des effectifs médicaux en omnipratique renferme les éléments suivants :

- 1 poste réservé pour un médecin nouveau facturant ou finissant pour le territoire de Charlevoix;
- 1 poste pour un médecin nouveau facturant à vocation académique;
- 20 postes pour des médecins en mobilité interrégionale.

SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS DE LA RÉGION DE QUÉBEC

Municipalités ou organismes ayant un service de premiers répondants

Municipalité	Date de la mise en service
P3002 Base de Valcartier	2013
P3003 Shannon	1998
P3005 Saint-Gabriel-de-Valcartier	2000
P3008 Pont-Rouge	2000
P3012 Sainte-Catherine-de-la Jacques-Cartier	2005
P3013 Sainte-Brigitte-de-Laval	2004

SERVICES AMBULANCIERS

Transports ambulanciers effectués dans la région 03 du 1er avril 2013 au 31 mars 2014

Numéro de la zone	Nom de la zone	Entreprise ambulancière	Nombre de transports			
			2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
301 302 303 343	CHARLEVOIX	CTAQ	3276	3054	3225	3404
Sous-total			**3276**	**3054**	**3225**	**3404**
304	SAINTE-ANNE-DE-BEAUPRÉ	Ambulances Côte-de-Beaupré	1767	1799	1992	1944
305 306 307 308 309	AGGLOMÉRATION DE QUÉBEC	Ambulances de la Capitale-Nationale CTAQ	47 495	50 529	51 807	53486
Sous-total			**49 262**	**52 328**	**53 799**	**55 430**
310	SAINT-RAYMOND	Ambulances Port-neuf	1 747	1 778	1 770	1699
311	SAINT-MARC-DES-CARRIÈRES	Ambulances Guy Denis & Fils Ambulances Paré	1 418	1 558	1 413	1387
312	DONNACONA	Groupe Radisson – Secteur Donnacona	1 602	1 606	1668	1690
342	PARC DES LAURENTIDES	CTAQ	82	98	78	117
346	SAINTE-CATHERINE J.C.	Ambulance de la Jacques-Cartier	308	333	547	735
Sous-total			**5157**	**5 373**	**5476**	**5628**
TOTAL			**57 695**	**60 755**	**62 500**	**64 462**

Source : SISPUQ

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2013-2014	Subvention accordée 2012-2013
Financement de base - Aide et entraide			
03-00243	ADAPTAVIE INC.	101 600 $	92 585 $
03-06159	AIDONS-LAIT	44 976 $	44 268 $
03-02385	ALLAITEMENT QUÉBEC	54 418 $	53 561 $
03-05855	ASSOCIATION BENEVOLE COTE DE BEAUPRE	150 000 $	87 099 $
03-00637	ASSOCIATION BENEVOLE DE CHARLEVOIX	150 000 $	111 696 $
03-05854	ASSOCIATION BENEVOLE DE L'ILE D'ORLEANS (L')	67 018 $	28 500 $
03-06167	ASSOCIATION DE FIBROMYALGIE REGION DE QUEBEC	46 230 $	45 502 $
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRULES F.L.A.M. (L')	139 800 $	137 598 $
03-06277	ASSOCIATION DES HANDICAPÉS RESPIRATOIRES DE QUÉBEC (1984) INC.	35 560 $	35 000 $
03-06155	ASSOCIATION DES PERSONNES AVEC UNE DÉFICIENCE DE L'AUDITION	76 200 $	63 081 $
03-06303	ASSOCIATION DES PROCHES AIDANTS DE LA CAPITALE-NATIONALE	50 000 $	
03-02929	ASSOCIATION DES T.C.C. DES DEUX RIVES (QUEBEC-CHAUDIERE-APPALACHES) (L')	50 800 $	50 000 $
03-05117	BENEVOLAT MICHEL SARRAZIN	87 754 $	85 198 $
03-05191	BENEVOLAT ST-SACREMENT INC.	114 446 $	85 360 $
03-06062	BOUSSOLE (LA), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE	357 909 $	352 273 $
03-06013	BUTINEUSE DE VANIER (LA)	64 381 $	63 367 $
03-06287	CALACS DE CHARLEVOIX	231 829 $	228 178 $
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIE CHARLESBOURG	129 347 $	102 502 $
03-06312	CARREFOUR DES PROCHES AIDANTS DE QUÉBEC	105 153 $	34 298 $
03-01080	CENTRE BONNE ENTENTE	135 000 $	84 247 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	150 000 $	94 290 $
03-00349	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE AIDE 23	150 000 $	144 200 $
03-02811	CENTRE D'AIDE ET D'ACTION BÉNÉVOLE DE CHARLESBOURG	150 000 $	83 102 $
03-00030	CENTRE DE PARRAINAGE CIVIQUE DE QUEBEC INC. (LE)	126 330 $	124 341 $
03-06076	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE C.P.S.	852 323 $	838 901 $
03-06092	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE DE CHARLEVOIX	221 349 $	217 863 $
03-06234	CENTRE D'ENTRAIDE EMOTIONS	109 973 $	108 241 $
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR	227 012 $	223 437 $
03-01896	CENTRESPOIR-CHARLESBOURG INC. (LE)	85 595 $	84 247 $
03-06006	CERCLE POLAIRE	141 424 $	139 197 $
03-00575	CHANTELAIT	45 401 $	44 686 $
03-01785	CLUB BON COEUR DES CARDIAQUES DE CHARLEVOIX INC.	64 035 $	63 027 $
03-06227	CLUB CARDIO-SANTE DE CHARLEVOIX INC. (LE)	61 786 $	60 813 $
03-00497	COLLECTIF D'ACCOMPAGNEMENT A L'ACCOUCHEMENT "LES ACCOMPAGNANTES" (LE)	108 476 $	106 768 $
03-05138	COMITE DE LA POPOTE DE CLERMONT	6 200 $	6 200 $
03-05562	COMITE DE VOLONTARIAT DE QUARTIER-LIMOILOU SUD INC.	35 052 $	34 500 $
03-05121	COMITE NEUVILLE SE SOUVIENT	16 000 $	16 000 $
03-05113	COMITE VAS'Y DE SAINT-RAYMOND	140 000 $	114 548 $
03-06330	COMMUNAUTÉS SOLIDAIRES	32 275 $	31 767 $
03-06165	COURTEPOINTE (LA)	50 800 $	50 000 $
03-06105	CROISSANCE-TRAVAIL	927 812 $	882 032 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2013-2014	Subvention accordée 2012-2013
Financement de base - Aide et entraide (suite)			
03-06324	CUISINE COLLECTIVE DE BEAUPORT	20 229 $	11 000 $
03-06194	ENTR'ACTES, PRODUCTIONS ARTISTIQUES	101 600 $	94 070 $
03-06094	ENTRAIDE AGAPÈ	69 682 $	69 682 $
03-00746	ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE LE HALO (L')	150 000 $	137 598 $
03-05929	ENTRAIDE DES AINES DE SILLERY	77 616 $	59 650 $
03-01925	ENTRAIDE JEUNESSE QUEBEC	117 597 $	115 745 $
03-06066	ENTRAIDE LES SAULES INC. (L')	64 833 $	44 587 $
03-01192	ENTRAIDE NATURO-LAIT	67 000 $	66 000 $
03-05110	ENTRAIDE SAINTE-FOY	88 820 $	59 650 $
03-01458	ÉPILEPSIE SECTION DE QUÉBEC	42 103 $	41 440 $
03-05198	EQUIPE BENEVOLE DE L'INSTITUT (L')	29 271 $	29 271 $
03-05193	FRATERNITE SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	150 000 $	143 706 $
03-06186	G.R.I.S. - QUEBEC	52 968 $	52 134 $
03-01318	GRANDS FRERES ET GRANDES SOEURS DE QUEBEC INC. (LES)	58 774 $	57 848 $
03-00091	GROUPE LES RELEVAILLES	138 176 $	136 000 $
03-03101	LA SOCIETE ALZHEIMER DE QUEBEC	120 000 $	50 303 $
03-06292	L'ANCRAGE DE L'ISLE-AUX-COUDRES	42 669 $	41 997 $
03-06343	LAURA LÉMERVEIL	25 400 $	8 333 $
03-00300	L'AUTRE AVENUE, ORGANISME DE JUSTICE ALTERNATIVE	626 427 $	616 562 $
03-06064	LE MIEUX-ETRE DES IMMIGRANTS	47 013 $	46 273 $
03-06238	LE VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	107 028 $	105 343 $
03-06079	L'Équilibre / CENTRE D'ENTRAIDE DU TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE DE QUEBEC	139 798 $	137 596 $
03-06112	LIBRE ESPACE ORLÉANS INC.	107 158 $	105 470 $
03-06311	L'ODYSSÉE BLEUE INC	26 314 $	25 900 $
03-06252	MAGNIFIQUE INC. (LE)	25 762 $	25 762 $
03-06040	MAINS DE L'ESPOIR DE CHARLEVOIX INC.	106 798 $	105 116 $
03-01469	MAMIE-LAIT	39 624 $	39 000 $
03-06007	MAREE REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (LA)	253 148 $	249 161 $
03-01803	MOISSON QUEBEC INC.	66 484 $	65 437 $
03-00014	MOUVEMENT DES SERVICES A LA COMMUNAUTE DU CAP-ROUGE INC.	82 000 $	70 445 $
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ECOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	150 856 $	148 480 $
03-06084	ORGANISATION POUR LA SANTE MENTALE OEUVRANT À LA SENSIBILISATION ET À L'ENTRAIDE (O.S.M.O.S.E.)	107 439 $	105 747 $
03-06309	PARENTS-ESPOIR	32 275 $	31 767 $
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	64 236 $	63 224 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	362 692 $	356 980 $
03-05566	POPOTE DE CHARLESBOURG (LA)	78 827 $	54 508 $
03-05124	POPOTE ET MULTI-SERVICES	140 050 $	114 548 $
03-05624	POPOTE ROULANTE LAVAL INC.	25 500 $	25 500 $
03-02704	PRESENCE-FAMILLE SAINT-AUGUSTIN	50 800 $	50 000 $
03-06331	RESSOURCES FAMILIALES LA VIELLE CASERNE DE MONTMORENCY	25 400 $	25 000 $
03-06160	RUCHE VANIER INC. (LA)	64 597 $	63 580 $
03-00212	S.O.S. GROSSESSE	68 175 $	67 101 $
03-06255	SAIRAH SERVICE D'AUTONOMISATION, D'INTEGRATION ET DE READAPTATION AUX ADULTES AYANT UN HANDICAP INC.	50 800 $	48 379 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2013-2014	Subvention accordée 2012-2013
Financement de base - Aide et entraide (suite)			
03-06200	SERVICE D'AIDE A L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	68 553 $	67 473 $
03-05115	SERVICE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE RAYON DE SOLEIL	107 500 $	90 689 $
03-06275	SERVICES POUR HOMMES IMPULSIFS ET COLERIQUES DE CHARLEVOIX	171 431 $	123 731 $
03-06271	SOCIÉTÉ PARKINSON - RÉGION DE QUÉBEC	50 000 $	50 000 $
03-01872	TEL-AIDE QUEBEC INC.	130 650 $	128 593 $
	SOUS-TOTAL	**10 688 337 $**	**9 678 852 $**
Sensibilisation, promotion et défense des droits			
03-06033	ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE (REGION DE QUEBEC) INC.	139 892 $	137 689 $
03-01059	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE CHARLEVOIX INC.	58 928 $	52 667 $
03-06043	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE PORTNEUF	50 800 $	50 000 $
03-01352	ASSOCIATION DES PERSONNES INTERESSEES A L'APHASIE ET À L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRALE (APIA-AVC)	58 227 $	55 742 $
03-02575	ASSOCIATION DU QUEBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLEMES AUDITIFS (A.Q.E.P.A.) QUÉBEC MÉTRO (03-12) INC.	76 200 $	67 267 $
03-02552	ASSOCIATION PANDA CAPITAL NATIONALE	103 773 $	102 139 $
03-06044	ASSOCIATION POUR L'INTEGRATION SOCIALE (REGION DE QUEBEC) (L')	50 800 $	50 000 $
03-06187	ASSOCIATION QUEBECOISE DE LA DYSPHASIE, CAPITALE-NATIONALE	101 600 $	85 989 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	134 982 $	132 856 $
03-06061	AUTO-PSY (REGION DE QUEBEC)	168 048 $	77 097 $
03-02221	CARREFOUR FAMILIAL DES PERSONNES HANDICAPÉES	123 481 $	120 869 $
03-06229	COMITE D'AIDE AUX FEMMES SOURDES DE QUEBEC	119 660 $	117 776 $
03-02788	ESPACE REGION DE QUEBEC	189 772 $	186 783 $
03-02136	REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES VISUELLES (RÉGIONS 03-12)	127 000 $	123 261 $
03-06152	REGROUPEMENT POUR L'INTEGRATION SOCIALE DE CHARLEVOIX	61 502 $	57 200 $
03-02035	SEXPLIQUE	105 586 $	103 923 $
03-02409	VIOLENCE INFO	188 043 $	185 082 $
	SOUS-TOTAL	**1 858 294 $**	**1 706 340 $**
Hébergement communautaire			
03-01344	GITE JEUNESSE INC.	472 311 $	464 873 $
03-06293	MAISON COMMUNAUTAIRE MISSINAK - RESSOURCE D'HÉBERGEMENT ET DE RESSOURCEMENT POUR FEMMES AUTOCHTONES ET LEURS FAMILLES	539 088 $	530 598 $
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUEBEC (LA)	718 519 $	707 204 $
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	655 576 $	645 252 $
03-00154	MAISON HELENE LACROIX	687 729 $	676 899 $
03-00715	MAISON LA MONTEE (LA)	673 303 $	662 700 $
03-00504	MAISON MARIE-ROLLET	739 713 $	728 064 $
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	740 391 $	728 731 $
03-00022	MAISON RICHELIEU HÉBERGEMENT JEUNESSE SAINTE-FOY INC.	388 177 $	382 064 $
03-02513	MIREPI, MAISON D'HEBERGEMENT INC.	722 460 $	711 083 $
03-06236	SQUAT BASSE-VILLE (Gite du Nomade)	221 463 $	217 975 $
	SOUS-TOTAL	**6 558 730 $**	**6 455 443 $**
Milieux de vie			
03-06141	AMICALE ALFA DE QUÉBEC	59 006 $	58 077 $
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	562 109 $	553 257 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	219 008 $	215 559 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2013-2014	Subvention accordée 2012-2013
Milieux de vie (suite)			
03-03010	ASSOCIATION ALTI	95 000 $	87 197 $
03-01489	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE CHARLESBOURG	101 600 $	87 708 $
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUEBEC) INC. (L')	195 648 $	163 039 $
03-06201	CABANON MAISON DES JEUNES DE LAC-BEAUPORT (LE)	74 760 $	73 583 $
03-06065	CAFE-RENCONTRE DU CENTRE-VILLE (QUÉBEC) INC.	72 954 $	71 805 $
03-06196	CENTRE CASA (1997)	156 077 $	153 619 $
03-00138	CENTRE COMMUNAUTAIRE L'AMITIE INC. (LE)	218 106 $	214 671 $
03-06073	CENTRE DE CROISSANCE RENAISSANCE INC.	381 399 $	375 393 $
03-06075	CENTRE DE JOUR FEU VERT INC.	277 812 $	273 437 $
03-06096	CENTRE DE JOUR L'ENVOL INC.	107 158 $	105 470 $
03-03203	CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES LE RUCHER	237 009 $	233 277 $
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	188 212 $	185 248 $
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	188 212 $	185 248 $
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUEBEC INC.	188 054 $	185 093 $
03-02041	CENTRE FEMMES D'AUJOURD'HUI	188 211 $	185 247 $
03-00144	CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUEBEC	188 142 $	185 179 $
03-06254	CENTRE MULTI-SERVICES 16-30 ANS LA SOURCE	48 009 $	47 253 $
03-03057	CENTRE RESIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES CARTIER (LE)	123 949 $	121 997 $
03-06256	CENTRE RESSOURCES POUR FEMMES DE BEAUPORT (CRFB)	187 468 $	184 516 $
03-06085	CENTRE SOCIAL DE LA CROIX BLANCHE (REGION DE QUEBEC)	208 769 $	205 481 $
03-02055	CENTRE-FEMMES AUX PLURIELLES	189 059 $	186 082 $
03-00297	CORPORATION D'ANIMATION L'OUVRE-BOITE DU QUARTIER	228 319 $	224 723 $
03-06117	CORPORATION JEUNESSE L'EVASION L'ORMIER	71 884 $	70 752 $
03-06137	DEMI-LUNE	126 009 $	124 025 $
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURG INC.	180 000 $	141 996 $
03-06228	EVASION ST-PIE X (L')	204 947 $	204 947 $
03-06109	EVEIL CHARLEVOISIEN (L')	373 522 $	367 640 $
03-00852	FORUM-JEUNESSE CHARLEVOIX-OUEST	163 465 $	160 891 $
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	335 021 $	284 745 $
03-01115	GROUPE ACTION-JEUNESSE DE CHARLEVOIX	197 929 $	194 812 $
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	159 086 $	156 581 $
03-00502	MAISON DE JOB	204 042 $	200 829 $
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTE	259 187 $	255 105 $
03-00982	MAISON D'ENTRAIDE L'ARC-EN-CIEL INC.	164 487 $	161 897 $
03-00318	MAISON DES JEUNES "LA MARGINALE" INC. (LA)	137 696 $	135 527 $
03-02102	MAISON DES JEUNES DE BEAUPORT EST	162 474 $	159 915 $
03-00768	MAISON DES JEUNES DE BEAUPORT OUEST	146 936 $	144 622 $
03-06127	MAISON DES JEUNES DE BOISCHATEL (LA)	96 012 $	94 500 $
03-01129	MAISON DES JEUNES DE CAP-ROUGE INC. (LA)	130 555 $	128 499 $
03-06128	MAISON DES JEUNES DE DUBERGER	71 972 $	70 839 $
03-00704	MAISON DES JEUNES DE L'ANCIENNE-LORETTE INC. (LA)	102 919 $	101 298 $
03-02381	MAISON DES JEUNES DE LES SAULES ET DE LEBOURGNEUF INC. (LA)	156 464 $	154 000 $
03-06189	MAISON DES JEUNES DE L'ILE D'ORLEANS (LA)	108 301 $	106 595 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2013-2014	Subvention accordée 2012-2013
Milieux de vie (suite)			
03-06247	MAISON DES JEUNES DE NEUVILLE	50 800 $	50 000 $
03-06259	MAISON DES JEUNES DE NOTRE-DAME-DES-MONTS (LA)	50 800 $	50 000 $
03-03222	MAISON DES JEUNES DE PONT-ROUGE 125 INC. (LA)	72 476 $	71 335 $
03-02426	MAISON DES JEUNES DE SAINT-ANDRE DE NEUFCHATEL (LA)	71 969 $	70 836 $
03-03215	MAISON DES JEUNES DE SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES INC. (LA)	114 014 $	112 218 $
03-06306	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-BRIGITTE-DE-LAVAL	50 800 $	50 000 $
03-06126	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	71 972 $	70 839 $
03-00811	MAISON DES JEUNES DE SILLERY INC. (LA)	83 413 $	82 099 $
03-06224	MAISON DES JEUNES DE ST-EMILE	50 800 $	50 000 $
03-06191	MAISON DES JEUNES DE ST-FERREOL-LES-NEIGES	82 767 $	81 464 $
03-06208	MAISON DES JEUNES DE ST-RAYMOND INC. (LA)	39 000 $	39 000 $
03-02416	MAISON DES JEUNES DE WENDAKE INC. (LA)	66 987 $	65 932 $
03-00767	MAISON DES JEUNES DU LAC SAINT-CHARLES INC.	102 530 $	100 915 $
03-00128	MAISON DES JEUNES DU QUARTIER ST-JEAN-BAPTISTE (LA)	152 400 $	150 000 $
03-00299	MAISON DES JEUNES LA PARENTHESE (LA)	128 679 $	126 653 $
03-06223	MAISON DES JEUNES L'ATOME	51 082 $	50 278 $
03-06203	MAISON DES JEUNES L'ENIGME DE BEAUPRE	50 800 $	50 000 $
03-00464	MAISON DES JEUNES L'ENVOL DE SAINTE-FOY INC.	127 538 $	125 530 $
03-01999	MAISON DES JEUNES L'ESCAPADE DE VAL-BÉLAIR	144 268 $	141 996 $
03-00301	MAISON DES JEUNES L'EXODE DE LIMOILOU (LA)	120 787 $	118 885 $
03-02262	MAISON DES JEUNES L'INTEGRALE INC. (LA)	191 512 $	188 495 $
03-06213	MAISON L'ECLAIRCIE	296 918 $	292 242 $
03-01804	MAISON MARIE FREDERIC	383 578 $	377 537 $
03-06070	MÈRES ET MONDE - CENTRE DE RESSOURCES POUR JEUNES MÈRES	46 230 $	45 502 $
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE S.I.D.A. (MIELS-QUEBEC) A QUEBEC	595 185 $	585 812 $
03-02834	ŒUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	216 910 $	213 494 $
03-06139	ORGANISATION QUEBECOISE DES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER (1984) INC.	87 721 $	86 340 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITES VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	860 931 $	847 373 $
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUEBEC INC.	198 493 $	195 367 $
03-03068	REGROUPEMENT ACTION PREVENTION JEUNESSE DES LAURENTIDES	102 215 $	100 605 $
03-00210	RELAIS D'ESPERANCE	62 417 $	61 434 $
03-06158	RELAIS LA CHAUMINE INC.	277 203 $	272 838 $
03-06161	RESIDENCE LE PORTAIL	255 685 $	251 658 $
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	67 369 $	66 308 $
03-05187	SERVICE AMICAL BASSE-VILLE INC.	180 000 $	173 898 $
03-06169	SERVICE D'ENTRAIDE L'ESPOIR (QUEBEC)	107 087 $	105 401 $
03-06093	SOLIDARITE FAMILLES DUBERGER-LES SAULES	41 386 $	40 734 $
03-06068	TRAME D'ACTIONS ET D'INITIATIVES CONCERTÉES (T.R.A.I.C.) JEUNESSE	146 963 $	144 649 $
03-06004	TRIP JEUNESSE BEAUPORT	82 640 $	81 339 $
03-01536	UNITE DOMREMY DE CLERMONT INC.	50 800 $	50 000 $
03-00140	VIOL-SECOURS	369 039 $	363 227 $
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETE	97 271 $	95 739 $
	SOUS-TOTAL	**14 638 393 $**	**14 280 146 $**

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2013-2014	Subvention accordée 2012-2013
Financement par objectifs			
03-05111	ACTION BENEVOLE DE ST-BASILE INC.	5 500 $	4 376 $
03-02022	AIDE A LA COMMUNAUTE ET SERVICES A DOMICILE	47 981 $	28 379 $
03-06154	ALLIANCE DES GROUPES D'INTERVENTION POUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE (AGIR EN SANTÉ MENTALE)	70 927 $	69 810 $
03-06019	ARCHE L'ETOILE INC. (L')	435 584 $	428 724 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	78 311 $	77 078 $
03-06289	ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISES DE QUEBEC INC.	7 278 $	7 163 $
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	89 607 $	88 196 $
03-06288	ASSOCIATION DES SOURDS DE QUÉBEC INC.	11 879 $	11 692 $
03-00146	ASSOCIATION Y W C A. DE QUEBEC	160 387 $	157 861 $
03-06281	ATELIER DE LA MEZZANINE	154 309 $	151 879 $
03-06257	BARATTE (LA)	50 000 $	- $
03-00038	CENTRE D'ACTION BENEVOLE DE QUEBEC INC.	130 000 $	59 990 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUEBEC	2 446 493 $	2 407 966 $
03-06143	COMITE D'ACTION DES PERSONNES VIVANT DES SITUATONS DE HANDICAP (CAPVISH) (LE)	89 993 $	88 576 $
03-06147	ÉCOUTE SECOURS	21 466 $	21 128 $
03-06276	FONDATION DE LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE DE L'EST DU QUÉBEC	30 000 $	29 543 $
03-06015	FONDATION FETE D'ENFANT DEDE INC.	20 336 $	20 016 $
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	420 315 $	413 696 $
03-06315	PAVOIS (LE) DE LORETTEVILLE	110 660 $	108 917 $
03-06316	PAVOIS (LE) DE STE-FOY	151 300 $	148 917 $
03-06168	PETIT REPIT (LE)	36 081 $	35 513 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	1 130 777 $	1 112 970 $
03-01904	REGROUPEMENT DES AINES DE ST-EMILE	8 800 $	7 214 $
03-06150	REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA REGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (PORTNEUF-QUEBEC-CHARLEVOIX)	18 195 $	17 908 $
03-06022	REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA REGION 03	233 226 $	229 553 $
03-06216	REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPEES DE LA RÉGION 03 (ROP 03)	16 454 $	16 195 $
03-06041	REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC	54 651 $	53 790 $
03-05195	SERVICE D'ENTRAIDE BASSE-VILLE INC.	150 000 $	85 214 $
03-05186	SERVICE D'ENTRAIDE ROCAMADOUR	131 449 $	112 731 $
03-06164	SERVICE REGIONAL D'INTERPRETARIAT DE QUEBEC INC.	102 144 $	100 535 $
03-06052	SOCIÉTÉ GRAND VILLAGE INC (LA)	9 560 $	9 409 $
03-06179	SOCIÉTÉ SAINT-VINCENT DE PAUL DE QUÉBEC (LA)	39 988 $	39 358 $
	SOUS-TOTAL	**6 463 651 $**	**6 144 297 $**
Total Programme de soutien aux organismes communautaires		**40 207 405 $**	**38 265 078 $**

Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7
Téléphone : 418 525-1500
418 525-1502 (ATS)
Ligne Info-Agence : 418 525-1495
Télécopieur : 418 529-4463
www.rrsss03.gouv.qc.ca

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Québec